

## Modulo Consenso e informazioni mediche

Compilare il presente modulo per ogni evento o attività che implichi delle considerazioni speciali (vedere il *Manuale 2 – L'amministrazione della Chiesa*, 13.6.20, ChurchofJesusChrist.org), un pernottamento, un viaggio fuori dalla area circostante o un'attività che comporti rischi superiori alla norma.

Dettagli evento (compilazione a cura dell'organizzatore dell'evento)		
Evento	Data/e dell'evento	
Descrivere l'evento e le attività (si prega di essere dettagliati)		
Rione	Palo	
Dirigente dell'evento o dell'attività	Numero di telefono del dirigente dell'evento o dell'attività	Indirizzo e-mail del dirigente dell'evento o dell'attività

Informazioni sul partecipante		
Partecipante	Data di nascita	Età
Numero di telefono principale <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Lavoro	2° numero di telefono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Lavoro	
Indirizzo	Città	Stato o provincia
Contatto per emergenze (genitore o tutore)	Numero di telefono principale <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Lavoro	2° numero di telefono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Lavoro

Informazioni mediche	
Il partecipante deve attenersi a un regime alimentare particolare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, si prega di indicare le restrizioni alimentari
Il partecipante soffre di allergie? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, si prega di elencare le allergie
Il partecipante sta assumendo qualche medicinale o dei farmaci da banco? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, il partecipante è in grado di prenderli da solo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se no, si prega di contattare direttamente il dirigente dell'evento o dell'attività.
Elencare tutti i farmaci che sta assumendo il partecipante	

Condizioni fisiche che limitano l'attività	
Il partecipante soffre di malattie croniche o ricorrenti? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, si prega di spiegare
Il partecipante è stato sottoposto a interventi chirurgici o ha sofferto di una grave malattia nel corso dell'anno passato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, si prega di spiegare
Specificare qualsiasi altra limitazione, restrizione o disabilità che potrebbe impedire al partecipante la piena partecipazione all'evento o all'attività (se necessario, allegare delle pagine aggiuntive)	

Altri accorgimenti o necessità particolari
Specificare qualsiasi altra necessità o considerazione del partecipante di cui il dirigente dell'evento o dell'attività dovrebbe essere messo al corrente (se necessario, allegare delle pagine aggiuntive)

Consenso	
<p>Concedo a mio figlio il permesso di partecipare all'evento e alle attività sopra elencati (salvo dove indicato diversamente) e autorizzo i dirigenti adulti che supervisionano questo evento a somministrare il trattamento di emergenza al suddetto partecipante in caso di incidenti o malattie e di agire in mia vece nell'approvare le necessarie cure mediche. La presente autorizzazione riguarda l'evento e il viaggio da/per l'evento stesso.</p> <p>Il partecipante è responsabile della propria condotta e conosce le norme della Chiesa, le norme di sicurezza del campeggio o dell'evento, così come le altre</p>	<p>istruzioni pertinenti, e accetta di attenersi. La condotta del partecipante e tutte le sue interazioni devono essere conformi alle norme della Chiesa e rispecchiare un comportamento cristiano.</p> <p>I genitori e i partecipanti devono comprendere che partecipare a un'attività non è un diritto ma un privilegio che può essere revocato se si comportano in modo inappropriato o se mettono a rischio loro stessi o gli altri.</p>
Firma del partecipante	Data
Firma del genitore o del tutore (se necessario)	Data