



CLUB ALPINO ITALIANO

Sezione di Bergamo

SOTTOSEZIONE BRIGNANO GERA D'ADDA



**COMMISSIONE
ALPINISMO GIOVANILE**

SETTIMANA IN BAITA

3-10 AGOSTO 2019

REGOLAMENTO

Quota d'iscrizione € 160,00

La quota comprende

Soggiorno presso la "Baita del Nono" per l'intera settimana;

Colazioni, pranzi e cene dalla cena di sabato 3 agosto al pranzo di domenica 10 agosto;

Pranzo per 2 persone (genitori, nonni,..) di domenica 10 agosto, per eventuali persone aggiuntive al pranzo sarà necessario chiedere disponibilità ai referenti e versare un contributo di 10 €/testa (5 € fino ai 18 anni);

Attività previste dal programma;

Pullman di linea per spostamenti necessari all'esecuzione delle attività (non comprende il viaggio Brignano – Vilminore).

La quota non comprende

Eventuali acquisti presso rifugi, bar;

Tutto quanto non esplicitamente compreso in "la quota comprende".

Al momento dell'iscrizione segnalare sull'apposita autocertificazione di buona salute eventuali patologie, allergie, medicinali. In caso di terapia farmacologica in atto compilare l'apposita scheda che dovrà essere sottoscritta anche dal medico curante/pediatra del minore.

È obbligatorio fornire agli accompagnatori copia fronte/retro della tessera sanitaria del minore, in caso di emergenza gli accompagnatori sono autorizzati a richiedere l'intervento del soccorso sanitario ed a fornire loro suddetta copia.

Referenti:
Dario Nisoli 3468072213
Elena Ferri 3931809830
Renato De Franceschi 3351017148



CLUB ALPINO ITALIANO
Sezione di Bergamo

SOTTOSEZIONE BRIGNANO GERA D'ADDA



**COMMISSIONE
ALPINISMO GIOVANILE**

SETTIMANA IN BAITA

3-10 AGOSTO 2019

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____/____/____; genitore di _____
nato a _____ il ____/____/____.

**CHIEDE AGLI ACCOMPAGNATORI CAI DI SOMMINISTRARE AL PROPRIO FIGLIO LA
TERAPIA FARMACOLOGICA SOTTORIPORTATA E CERTIFICATA DAL MEDICO CURANTE
DEL MINORE**

Periodo di somministrazione _____

Nome commerciale del farmaco _____

Principio attivo _____

Dosi e modalità di somministrazione, descritte in modo esaustivo _____

_____.

Il medico curante, consapevole che tale terapia verrà somministrata da personale non sanitario, certifica quanto soprariportato.

In caso di più farmaci utilizzare più volte questo modulo.

Il genitore

Il medico

(timbro e firma)

Numero di telefono del medico _____.