Decanato di Bollate

PELLEGRINAGGIO II MEDIA

ASSISI 2019

QUANDO

Dal 6 all'8 dicembre 2019

Partenza alle 6 del 6/12 in pullman
(ti chiediamo di saltare un giorno di scuola) e rientro per le 22 dell'8 dicembre

QUANTO SPENDO

170 euro

La quota comprende: Pullman A/R per Assisi. Pernottamento presso il VICTOR CENTER di Rivotorto [075/8064526], colazione, pranzo del 7 presso la Domus Pacis, cena in albergo.
La quota non comprende: aperitivo del 7 dicembre, ricordini e souvenir

CON CHI

Con i tuoi compagni, gli educatori e il don, insieme con tutti i ragazzi di seconda media del decanato di Bollate

CONSEGNA ENTRO

17 novembre 2019

AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto

Genitore di

Che frequenta le attività oratoriane a

AUTORIZZO

mio figlio/a a partecipare al pellegrinaggio organizzato dalla pastorale giovanile decanale nei giorni 6/8 dicembre 2019. Contestualmente alla presente verso la quota di euro 170.
Fornisco anche un numero di telefono reperibile (non del ragazzo)

Autorizziamo il Responsabile dell'Oratorio e i responsabili in loco ad assumere tutte le iniziative che riterranno necessarie per garantire la sicurezza di tutti i partecipanti e la buona riuscita delle attività. Autorizziamo altresì la Parrocchia, nella persona del Responsabile dell'oratorio (e dei suoi collaboratori): ad ASSUMERE ogni provvedimento necessario per garantire che gli ambienti visitati rimangano accoglienti e sicuri per tutti i ragazzi presenti; ad IMPEDIRE a nostro/a figlio/a ogni attività che sia ritenuta pericolosa o comunque inopportuna; a INTERROMPERE e/o VIETARE la partecipazione di nostro/a figlio/a al pellegrinaggio nonché la semplice permanenza in comitiva quando questo provvedimento sia ritenuto necessario per custodire il significato educativo dell'attività e degli spazi o per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili. Autorizziamo gli enti del SSN e il personale medico e paramedico ad adottare i percorsi diagnostici e terapeutici ritenuti necessari e/o opportuni al fine di recuperare l'integrità fisica e psico-fisica di nostro/a figlio/a, secondo la loro prudente valutazione. Autorizziamo inoltre al trattamento dei dati personali contenuti in questa autorizzazione

Sul retro FIRMA ED EVENTUALI ALLERGIE, INTOLLERANZE

Mio figlio risulta intollerante a

Mio figlio ha le seguenti allergie

Mio figlio deve seguire queste terapie

Data e firma