



## **INFORMAZIONI PERSONALI E CONSENSI**

- Dichiarano inoltre che il partecipante è affetto da ( **patologie; malattie; disabilità**):  
\_\_\_\_\_
- Necessita dell'assunzione dei seguenti farmaci che porterà con sé durante l'Attività, che dovrà assumere autonomamente (gli animatori non sono autorizzati alla somministrazione)  
**indicare tutti i farmaci che il minore porterà con sé:**  
\_\_\_\_\_
- Dichiarano inoltre che il partecipante è **allergico/intollerante** ai seguenti alimenti o segue una alimentazione specifica (indicare gli alimenti e/o la dieta):  
\_\_\_\_\_
  
- *Presto il consenso al trattamento dei dati particolari quali allergie, malattie, intolleranze, ecc.*
- *Presto il consenso al trattamento dei dati personali per i fini di natura organizzativa per l'intera durata del Grest.*
- *Presto il consenso all'acquisizione di immagini e video prevalentemente di gruppo e all'utilizzo esclusivamente da parte della parrocchia.*

***Presto il consenso e autorizzo mia/o figlia/o a partecipare al Grest 2026***

**Firma della madre/tutore:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutore:** \_\_\_\_\_