

Incolla qui la cedolina del Conto Corrente Postale

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Compilare in ogni sua parte la scheda ed inviarla almeno 20 giorni prima dell'inizio del Campo a: Segreteria Centrale Agesci Piazza Pasquale Paoli, 18 00186 Roma (RM) con allegata la ricevuta del versamento di 15 euro, quale quota di iscrizione, da versarsi sul conto corrente postale numero 54849005 intestato a: AGESCI – Comitato Centrale – 00186 Roma. Nella causale del conto corrente occorre indicare il campo richiesto. **Attenzione:** il calendario dei campi è suscettibile di modifiche. Vi preghiamo pertanto, prima di inviare la scheda, di verificare la data e disponibilità di posti del campo di specializzazione richiesto sul sito dell'Agesci: (<http://www.agesci.org/utility/eventi/campi/speceg.php>)

- Per partecipare al Campo è necessario aver compiuto o compiere entro l'anno i 14 anni d'età.
- È consentita l'iscrizione ad un solo Campo di Competenza durante l'anno.
- Allo stesso Campo di Competenza non possono iscriversi più di 2 ragazzi/e provenienti dal medesimo Reparto.
- Le iscrizioni si accettano a partire dal mese di aprile.
- Non si accettano schede incomplete e senza firme dei genitori e del/della capo reparto.

Non inviare schede tramite fax non saranno prese in considerazione.

Attenzione! Alcuni campi si chiudono anche molto tempo prima del loro inizio: l'invio della scheda in Segreteria non garantisce la possibilità di partecipare all'evento.

Per eventuali esigenze mediche è obbligatorio portare al Campo:

- cartella medica rilasciata dalla ASL con la specificazione delle vaccinazioni effettuate, in particolare antitetanica ed antitifida. Fotocopia del libretto sanitario

SE NON PUOI PARTECIPARE ALL'EVENTO A CUI TI SEI ISCRITTO/A

Telefona comunque per tempo (almeno 7 giorni prima dell'inizio del Campo) alla Segreteria Centrale (06/681661) avvisando della tua indisponibilità: darai ad altri la possibilità di partecipare e potrai così recuperare la quota che altrimenti non sarà rimborsata, la quota verrà inviata al genitore qualora dichiarati le sue coordinate bancarie nello spazio sottostante.

Il sottoscritto/a:

Genitore di	E-mail:
dichiara di essere a conoscenza del fatto che suo figlio parteciperà all'evento indicato.	
Data:	Firma
Estremi per la restituzione della quota in caso di mancata partecipazione	
N° Conto	Banca
ABI	CAB
Intestato a:	



SETTORE SPECIALIZZAZIONI
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL
CAMPO NAZIONALE DI COMPETENZA E/G



(scrivere in stampatello)

Se al campo scelto non c'è posto ti vuoi
iscrivere ad un altro campo con tecnica
affine? **SI** **NO**
Se si a quale?

dal _____ al _____ dal _____ al _____

tecnica _____ tecnica _____

Base di _____ Base di _____

DATI PERSONALI

codice personale

--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome	Nome
Nato/a a	Il
Via	CAP e Città
Prefisso e Telefono	Gruppo
Regione	In cammino verso la: Tappa della Competenza <input type="checkbox"/> Tappa della Responsabilità <input type="checkbox"/>

Riservato alla Segreteria Centrale

Censimento	fotografia
Quota	
Protocollo	

DA COMPILARE A CURA DELLO/A SCOUT/GUIDA

Mi presento:

devo frequentare la classe _____ del Liceo/Istituto _____

appartengo al Reparto _____

Sono C. Sq. V.C. Sq. Altro ho la tappa della _____

Specialità acquisite _____

Brevetto di competenza _____

Ho partecipato ad altri Campi di Competenza? SI NO

Se sì quali? _____ Base di _____

La mia conoscenza della tecnica proposta questo campo è:

buona sufficiente scarsa

in Reparto utilizzo regolarmente le mie specialità? SI NO

Se sì come? _____

Sulla tecnica di questo Campo ho realizzato imprese? SI NO

di Squadriglia _____

di Reparto? _____

Partecipo al Campo Nazionale di Competenza per questi motivi: _____

DA COMPILARE A CURA DEL/DELLA CAPO REPARTO

Profilo dello/a Scout/Guida _____

Quali competenze personali pensi che il/la ragazzo/a possa portare al Campo? _____

La partecipazione è casuale preparata cercata

Cosa ti aspetti dal Campo Nazionale di Competenza per il/la ragazzo/a? _____

Altre informazioni/problemi che ritieni utili far conoscere allo Staff del Campo _____

Segnalazioni di particolari esigenze/terapie mediche e/o alimentari _____

Il/la Capo

Cognome	Nome
Via	CAP e Città
Prefisso e telefono	Cellulare
E-mail	Formazione Capi

data	Firma
------	-------

(è necessario indicare un recapito telefonico per contattarti, in caso di necessità,