



12- 13 maggio

Località Laz Arà – Pramollo



**Partenza:** Luserna, ore 16, piazza del municipio  
Pinerolo, ore 16, davanti al tempio  
Pomaretto, ore 16, piazza del municipio

**Ritorno:** ore 16.30, Agriturismo delle Viole, Località Laz Arà, Pramollo

### **Materiale:**

- \* Sacco a pelo pesante e materassino, si dormirà in tenda!
- \* Giacca a vento calda ed impermeabile
- \* Un ricambio completo (pantaloni lunghi, t-shirt, felpa o pile pesante, mutande, canottiera, calzettoni per scarponi)
- \* Pigiama
- \* Trousse (spazzolino, dentifricio, sapone, pettine, asciugamano, crema solare, burro cacao)
- \* Scarponcini impermeabili e scarpe da ginnastica
- \* Torcia
- \* Borraccia

Il tutto deve essere contenuto in un unico zaino.

### **Costo:**

Il costo del campo è di € 30,00 per il primo figlio, €25,00 per il secondo e così via. Il prezzo non deve frenare nessuno, se ci fossero problemi sono disponibili delle borse campo!

La quota e l'autorizzazione devono essere consegnate alla partenza in busta chiusa, con sopra indicato il nome del bambino.

### **Prenotazione:**

Per le prenotazioni ed eventuali informazioni potete contattare Stefano al 331.7912163 oppure scrivendoci un'email all' indirizzo [casdahu@gmail.com](mailto:casdahu@gmail.com) **tassativamente** entro il 5 maggio.

Inoltre, vi preghiamo di comunicare al momento dell'iscrizione se avete posti in macchina o se non siete disponibili, specificando sia per l'andata che per il ritorno.

Io sottoscritto/a .....  
genitore di .....  
autorizzo mio/a figlio/a a partecipare al weekend del 12/13 maggio 2018 in  
Località Laz Arà, Pramollo.

### LIBERATORIA PER LA GESTIONE DEI MEDICINALI

Io sottoscritto/a .....  
Genitore di .....

### AUTORIZZO

Mio/a figlio/a a prendere in autonomia i seguenti medicinali:

.....  
.....  
.....

nelle dosi e frequenze indicate:

.....  
.....  
.....

I sopra menzionati medicinali saranno forniti da me quanto necessario e sotto a mia  
totale responsabilità. In caso di necessità, un animatore incaricato sorveglierà e  
verificherà la corretta assunzione del farmaco.

Data ..... Firma .....