

**MODULO DI ISCRIZIONE
BOOT CAMP - NIDO DELLE AQUILE
2026**

Nome e Cognome:

Foglio 1

Informazioni personali

Nome:	
Cognome:	
Data di nascita:	Sesso: M F
Numero di telefono:	Email:
Paese / Città:	

Informazioni Genitore/Tutore legale

Nome del padre:	
Cognome del padre:	
Numero di telefono:	Email:
Nome della madre:	
Cognome della madre:	
Numero di telefono:	Email:

Informazioni spirituali

Chiesa di appartenenza:	
Nome del pastore:	
Da quanto tempo hai accettato Gesù Cristo come tuo Salvatore?:	
Confermo di avere il consenso del mio pastore per partecipare:	Sì No

Contatto di emergenza

Nome e cognome:
Relazione con il partecipante:
Numero di telefono::

FIRMA

DATA



MISSIONE OASI Via dei Cerasani n°81 – 00018 Palombara Sabina (RM) C. F: 94093400581

Dati Anagrafici del richiedente

Nome:		
Cognome:		
Data di nascita:	Luogo di nascita:	
Codice Fiscale:		
Residenza: Via/Piazza:		
Città:	Prov:	Cap:
Numero di telefono:	Email:	

Richiesta di adesione

Il/La sottoscritto/a, consapevole che il progetto Teen Missions Italia opera attraverso l'Associazione Missione Oasi,

di essere ammesso/a in qualità di socio dell'Associazione per l'anno associativo corrente.

RICHIEDE

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver preso visione dello Statuto e dei regolamenti dell'Associazione e di accettarli integralmente;
- di condividere le finalità istituzionali dell'Associazione;
- di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale stabilita dal Consiglio Direttivo;
- di essere a conoscenza che la partecipazione alle attività associative è riservata ai soci regolarmente iscritti;

Condizione di validità della domanda

La presente richiesta di adesione:

- sarà valutata e approvata dal Consiglio Direttivo;
- sarà considerata valida solo se completa di tutta la documentazione richiesta;
- dovrà essere presentata entro e non oltre il 15 giugno 2026;

Le domande incomplete o presentate dopo tale data potranno non essere accettate.

Informativa e consenso privacy (GDPR)

I dati personali forniti saranno trattati dall'Associazione Missione Oasi esclusivamente per la gestione del rapporto associativo, per l'adempimento degli obblighi di legge e per le comunicazioni relative alle attività istituzionali.

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali
- Autorizzo l'utilizzo di immagini (foto/video) per finalità informative e promozionali

FIRMA	DATA
--------------	-------------

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Missione Oasi: APPROVA la presente richiesta di adesione.

FIRMA PRESIDENTE	DATA
-------------------------	-------------

MISSIONE OASI Via dei Cerasani n°81 – 00018 Palombara Sabina (RM) C. F: 94093400581

Dati Anagrafici del richiedente

Nome:	Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:	
Codice Fiscale:		
Residenza: Via/Piazza:		
Città:	Prov:	Cap:
Numero di telefono:	Email:	

Dati del genitore/tutore legale

Nome:	Cognome:
Codice Fiscale:	
Numero di telefono:	Email:

Richiesta di adesione

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore legale del minore _____, chiede l'ammissione del suddetto minore come socio dell'Associazione Missione Oasi per l'anno associativo corrente.

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver preso visione dello Statuto e dei regolamenti dell'Associazione e di accettarli integralmente;
- di condividere le finalità istituzionali dell'Associazione;
- di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale stabilita dal Consiglio Direttivo;
- di essere a conoscenza che la partecipazione alle attività associative è riservata ai soci regolarmente iscritti;

Condizione di validità della domanda

La presente richiesta di adesione:

- sarà valutata e approvata dal Consiglio Direttivo;
- sarà considerata valida solo se completa di tutta la documentazione richiesta;
- dovrà essere presentata entro e non oltre il 15 giugno 2026;

Le domande incomplete o presentate dopo tale data potranno non essere accettate.

Informativa e consenso privacy (GDPR)

I dati personali forniti saranno trattati dall'Associazione Missione Oasi esclusivamente per la gestione del rapporto associativo, per l'adempimento degli obblighi di legge e per le comunicazioni relative alle attività istituzionali.

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali
- Autorizzo l'utilizzo di immagini (foto/video) per finalità informative e promozionali

FIRMA	DATA	FIRMA PRESIDENTE	DATA
-------	------	------------------	------

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Missione Oasi:
APPROVA la presente richiesta di adesione.

**RACCOMANDAZIONE PASTORALE
PARTECIPANTE
BOOT CAMP - NIDO DELLE AQUILE 2026**

Nome e Cognome:

Foglio 3

Lo scopo di questa referenza è aiutarci a conoscere il carattere, la maturità spirituale e l'affidabilità del partecipante. Ti ringraziamo per il tempo dedicato alla compilazione di questo modulo. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con riservatezza.

Dati del partecipante

Nome:

Cognome:

Dati del pastore / responsabile

Nome:

Cognome:

Numero di telefono:

Email:

Chiesa:

Ministero:

Ruolo:

Relazione con il partecipante

• Da quanto tempo conosce il partecipante?

☐ Meno di 1 anno ☐ 1-3 anni ☐ Più di 3 anni

• Qual è la sua relazione con lui/lei?

☐ Pastore principale ☐ Responsabile diretto ☐ Altro: _____

Valutazione generale

Seleziona una opzione per ogni aspetto

• Testimonianza cristiana	Eccellente	Buono	Sufficiente	Debole
• Responsabilità	Eccellente	Buono	Sufficiente	Debole
• Attitudine al servizio	Eccellente	Buono	Sufficiente	Debole
• Lavoro di squadra	Eccellente	Buono	Sufficiente	Debole
• Sottomissione all'autorità	Eccellente	Buono	Sufficiente	Debole
• Maturità emotiva	Eccellente	Buono	Sufficiente	Debole

Domande chiave (risposta breve)

• Quali sono i principali punti di forza del partecipante?

• Ci sono aree in cui dovrebbe crescere o migliorare?

• Lo ritiene idoneo a servire in un contesto con disciplina, lavoro di squadra e convivenza intensa (come un campo)?

☐ Sì ☐ No ☐ Con osservazioni: _____

• Raccomanderebbe la partecipazione di questa persona al Boot Camp?

☐ Sì ☐ No ☐ Con riserve: _____

• Esiste qualche situazione personale, spirituale o comportamentale che ritiene opportuno segnalare e che potrebbe influire sulla partecipazione al Boot Camp?

☐ Sì ☐ No (per favore specifichi): _____

FIRMA DEL PASTORE

DATA



**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ
DEL PARTECIPANTE
BOOT CAMP – NIDO DELLE AQUILE 2026**

Nome e Cognome:

Foglio 4

Comprendo che il presente modulo deve essere compilato e firmato prima della partecipazione al Boot Camp Nido delle Aquile 2026.

Io sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore legale del partecipante _____, dichiaro quanto segue:

dichiaro di partecipare volontariamente alle attività organizzate da Teen Missions Italia, operante attraverso l'Associazione Missione Oasi, e di aver letto e compreso le informazioni e il regolamento del Boot Camp Nido delle Aquile 2026.

Sono consapevole delle attività previste e dei possibili rischi connessi alle attività comunitarie, formative, sportive, pratiche e di viaggio eventualmente organizzate durante il camp.

Mi impegno a rispettare il regolamento interno, le indicazioni dei responsabili e tutte le norme di sicurezza previste durante lo svolgimento delle attività.

Dichiaro che il partecipante si trova, per quanto a mia conoscenza, in condizioni fisiche e psicologiche idonee alla partecipazione al Boot Camp.

In caso di necessità, autorizzo i responsabili del camp a contattare i servizi sanitari competenti e ad accompagnarmi presso strutture mediche o ospedaliere per ricevere le cure necessarie.

Sono consapevole che l'assistenza sanitaria in Italia è regolata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che eventuali spese non coperte dal sistema sanitario o dalla propria assicurazione personale resteranno a mio carico.

Se il partecipante è residente in Italia ed è coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), non è necessario compilare la sezione seguente.

I partecipanti stranieri o coloro che dispongono di assicurazione sanitaria privata o di viaggio possono invece indicare qui sotto i dati della propria copertura assicurativa:

Nome della compagnia assicurativa: _____

Numero della polizza: _____ contatto assicurazione: _____

Mi impegno inoltre a partecipare responsabilmente alle attività previste e a collaborare con lo staff e gli altri partecipanti per il buon svolgimento del Boot Camp.

Comprendo che il Boot Camp è un'attività cristiana organizzata da Teen Missions Italia e mi impegno a rispettarne i principi, i valori e le indicazioni dello staff durante tutta la durata dell'evento.

Comprendo che comportamenti gravemente contrari al regolamento, alla sicurezza del gruppo o ai principi del Boot Camp potranno comportare l'allontanamento dall'attività, previa comunicazione al partecipante e, se minorenne, ai genitori o tutori legali.

Dichiaro infine che le informazioni fornite sono veritiere.

Firma del genitore/tutore legale

Data



Le informazioni fornite in questo modulo saranno trattate in modo confidenziale e utilizzate esclusivamente per la sicurezza, il benessere e l'organizzazione del Boot Camp.

Condizioni mediche

Hai qualche condizione medica, allergia o problema di salute che dovremmo conoscere per poterti assistere adeguatamente durante il Boot Camp? (es. asma, diabete, epilessia, problemi cardiaci)

☐ Sì ☐ No Se sì, specifica: _____

Allergie

Hai allergie a farmaci, alimenti, insetti o altre sostanze?

☐ Sì ☐ No Se sì, specifica: _____

Farmaci

Stai assumendo farmaci regolarmente?

☐ Sì ☐ No Se sì, Nome del farmaco: _____

Dosaggio: _____

Frequenza: _____

Alimentazione

Hai restrizioni alimentari o esigenze particolari?

☐ Sì ☐ No Se sì, specifica: _____

Limitazioni fisiche

Hai limitazioni fisiche, difficoltà o condizioni che potrebbero influire sul servizio, sulle attività o sulla partecipazione al Boot Camp?

☐ Sì ☐ No Se sì, specifica: _____

Supporto emotivo o personale

C'è qualche situazione emotiva, personale o di salute che potrebbe aiutarci a conoscerti meglio e offrirti un supporto adeguato durante il Boot Camp?

☐ Sì ☐ No Se sì, specifica: _____

Informazioni mediche importanti

Hai avuto recentemente interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri o condizioni mediche importanti?

☐ Sì ☐ No Se sì, specifica: _____

Contatto di emergenza

Nome: _____ Telefono: _____

Copertura sanitaria

Il partecipante è coperto dal Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN)?

☐ Sì ☐ No Se no: Compagnia assicurativa: _____

Numero polizza: _____ Telefono assicurazione: _____

Autorizzazione

In caso di emergenza, autorizzo i responsabili del Boot Camp a contattare i servizi medici necessari e a prendere le misure appropriate per la mia sicurezza e assistenza.

Confermo inoltre che le informazioni fornite sono veritiere e complete secondo le mie conoscenze.

FIRMA

DATA



Il presente modulo deve essere compilato e firmato da un genitore o tutore legale del partecipante minorenni.

Dati del partecipante

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____ Codice fiscale: _____

Dati del genitore/tutore legale

Nome: _____

Cognome: _____

Numero di telefono: _____ Email: _____

Relazione con il partecipante: Padre: ☐ Madre: ☐ Tutore legale: ☐

Autorizzazione alla partecipazione

Autorizzo il minore sopra indicato a partecipare al Boot Camp – Nido delle Aquile 2026 organizzato da Teen Missions Italia.

Dichiaro di aver preso visione del programma, delle attività previste e del regolamento del Boot Camp.

Comprendo che il Boot Camp comprende attività formative, spirituali, pratiche, sportive e comunitarie svolte in gruppo sotto la supervisione dello staff responsabile.

Accetto: ☐

Autorizzazione agli spostamenti

Autorizzo il minore a partecipare agli spostamenti e alle attività organizzate nell'ambito del Boot Camp sotto la supervisione dello staff autorizzato.

Accetto: ☐

Autorizzazione alla cure mediche di emergenza

In caso di emergenza e qualora non sia possibile contattarmi tempestivamente, autorizzo i responsabili del Boot Camp a richiedere assistenza medica, contattare i servizi di emergenza e accompagnare il minore presso una struttura sanitaria per ricevere le cure necessarie.

Accetto: ☐

Dichiarazione finale

Dichiaro che tutte le informazioni fornite nei moduli di iscrizione e nella scheda sanitaria sono veritiere e complete.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rilevanti riguardanti la salute o la situazione del partecipante prima dell'inizio del Boot Camp.

FIRMA GENITORI/TUTORE LEGALE

DATA



ELENCO DEI PARTNER DI PREGHIERA BOOT CAMP – NIDO DELLE AQUILE 2026

Per partecipare a una squadra di Teen Missions, ogni membro del team è tenuto a presentare i nomi di almeno 15 partner di preghiera.

	Nome e Cognome	Città	Numero di cellulare
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Si prega di scrivere in modo chiaro e leggibile.

