**DATI DEL GENITORE/TUTORE**

NOME COGNOME ­­­­­­

NATO A ­­­­­­­­­­­­ IL .

RESIDENTE A VIA/PIAZZA N° .

DOMICILIO VIA/PIAZZA N° .

NUMERO DI TELEFONO­­­­­­ \_

EMAIL (necessaria per l’invio delle fatture) .

chiedo per mio figlio/a, altro

**DATI DEL BAMBINO/A**

NOME COGNOME .

NATO A IL .

RESIDENTE A VIA/PIAZZA N .

la frequenza presso il centro di aggregazione giovanile “Gli Amici del Cortile” con le seguenti condizioni:

inserire una **X** nei giorni che si intende frequentare e se si necessita del servizio mensa e/o pulmino; inoltre indicare se il/la proprio/a figlia/a frequenta il centro Sottosopra e indicare i giorni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NUMERO GIORNI FREQUENZA .  | PULMINO | MENSA | FREQUENZA SOTTOSOPRA |
| ANDATA | RITORNO |
| LUNEDI |  .  |  .  |  .  |  .  |  .  |
| MARTEDI |  .  |  .  |  .  |  .  |  .  |
| MERCOLEDI |  .  |  .  |  .  |  .  |  .  |
| GIOVEDI |  .  |  .  |  .  |  .  |  .  |
| VENERDI |  .  |  .  |  .  |  .  |  .  |

**RECAPITI UTILI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | RUOLO | NUMERO DI TELEFONO |
| Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |   |   |
| Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |   |   |
| Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |   |   |
| Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |   |   |

**ALLERGIE O MALATTIE PER CUI È NECESSARIO UN INTERVENTO MEDICO URGENTE.**

**È necessario portare il certificato medico che attesti la patologia.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NECESSITÀ DI ALIMENTAZIONE PARTICOLARE DOVUTA A CREDO RELIGIOSO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | RUOLO | ETÁ | NUMERO DI TELEFONO |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Le persone delegate al ritiro devono essere maggiorenni. Il personale della Cooperativa può richiedere un documento d’identità. **SI SPECIFICA CHE NON VERRANNO CONSEGNATI I BAMBINI/RAGAZZI A PERSONE NON DELEGATE.**

Per necessità sporadiche compilare preventivamente il MODULO DELEGA da richiedere agli educatori o scaricabile sul sito della cooperativa nella pagina del centro di aggregazione.

**SITUAZIONE SCOLASTICA**

|  |  |
| --- | --- |
| SCUOLA FREQUENTATA |   |
| CLASSE |   |
| INSEGNANTE DI RIFERIMENTO |   |
| PASSWORD REGISTRO ELETTRONICO | NOME UTENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PASSWORD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ALTRE INFORMAZIONI UTILI(difficoltà, punti di forza, necessità particolari, utilizza ausili compensativi...) |   |
| DOCUMENTI DI ORIGINE ESTERNA CONSEGNATI DALLA FAMIGLIA |   |

Data di compilazione: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_