

Data \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

# SCELTA DELLA SETTIMANA

(Barrare con una X)

Nome e Cognome del bambino \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

## GIUGNO



**FULL TIME**  
(08:00-17:30)



**PAR TIME**  
(08:30-12:30/13:00-17:30)



1^ settimana – 18-22 giugno =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
2^ settimana – 25-29 giugno =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>

## LUGLIO



**FULL TIME**  
(08:00-17:30)



**PAR TIME**  
(08:30-12:30/13:00-17:30)



1^ settimana – 02-06 luglio =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
2^ settimana – 09-13 luglio =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
3^ settimana – 16-20 luglio =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
4^ settimana – 23-27 luglio =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>

## AGOSTO



**FULL TIME**  
(08:00-17:30)



**PAR TIME**  
(08:30-12:30/13:00-17:30)



1^ settimana – 30 luglio – 3 agosto =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
2^ settimana – 06-10 agosto =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
4^ settimana – 20-24 agosto =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>
5^ settimana – 27-31 agosto =	<input type="checkbox"/>	Full Time	<input type="checkbox"/>	Part Time	<input type="checkbox"/>

Data \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

## **CONSEGNA DEL BAMBINO**

**NOME E COGNOME DEL BAMBINO / RAGAZZO**

---

**Il Bambino/a può essere consegnato alle seguenti persone terze:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE!**

**Il delegato è obbligato a mostrare all'operatore il Documento di Riconoscimento.**

# SCELTA DEL PRANZO AL SACCO O AL RISTORANTE

(Si ricorda che il giovedì a prescindere dall'escursione, è previsto solamente il pranzo a sacco)

Nome e Cognome del bambino \_\_\_\_\_

## GIUGNO



## PRANZO AL SACCO



## PRANZO AL RISTORANTE



1^ settimana – 18-22 giugno =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
2^ settimana – 25-29 giugno =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>

## LUGLIO



## PRANZO AL SACCO



## PRANZO AL RISTORANTE



1^ settimana – 02-06 luglio =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
2^ settimana – 09-13 luglio =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
3^ settimana – 16-20 luglio =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
4^ settimana – 23-27 luglio =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>

## AGOSTO



## PRANZO AL SACCO



## PRANZO AL RISTORANTE



1^ settimana – 30 luglio – 3 agosto =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
2^ settimana – 06-10 agosto =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
4^ settimana – 20-24 agosto =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>
5^ settimana – 27-31 agosto =	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Sacco	<input type="checkbox"/>	Pranzo al Ristorante	<input type="checkbox"/>

Data \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

## **SALUTE E INDICAZIONI SANITARIE**

Nome e Cognome del bambino \_\_\_\_\_

### **ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Si dichiara che il Bambino/a presenta le seguenti allergie o intolleranze alimentari (è necessaria la certificazione medica).

---

---

### **ALLERGIE GENERICHE (POLLINI ECC...)**

Si dichiara che il Bambino/a presenta le seguenti allergie (è necessaria la certificazione medica).

---

---

## **SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI**

Nome e Cognome del bambino \_\_\_\_\_

Autorizzo in assoluta fede i seguenti Operatori del Centro \_\_\_\_\_  
**a somministrare, in caso di assoluta ed estrema necessità, i seguenti farmaci a mio figlio. Consegnerò copia del certificato medico attestante il bisogno del farmaco per il minore.**

Nome Farmaco \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_

Somministrazione \_\_\_\_\_

Nome Farmaco \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_

Somministrazione \_\_\_\_\_

Eventuali consigli \_\_\_\_\_

---

Nome e Cognome del genitore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_