

INFORMAZIONI PER IL SERVIZIO

TEMPO PROLUNGATO SCUOLA PRIMARIA SCAFALI A.S. 2026/27

Nome del bambino/a _____ Classe frequentata _____

Opzione scelta: ☐ 5 giorni ☐ 3 giorni ☐ Fino 14.30

Giorni : _____

Nome e telefono della mamma _____

Nome e Telefono del papà _____

Altri numeri utili o di contatto _____

Informazioni riguardanti la salute del bambino/a che gli educatori devono conoscere: allergie, intolleranze alimentari, eventuali patologie...

Altre informazioni importanti: autonomie, abitudini, comportamenti...

Sono autorizzati a riprendere il bambino/a (nominativo e grado di parentela)

Con il consenso dell'altro genitore aderisco all'organizzazione comunicata nel documento Programma Tempo Prolungato Scafali

DATA

FIRMA