

# COME UN ALBERO IO CRESCO

Associazione di Promozione Sociale

Sede legale: via isonzo n. 3 Morrovalle (MC)

[info@comeunalberoiocresco.it](mailto:info@comeunalberoiocresco.it) 334 9631096 – 340 6221898



## CENTRO ESTIVO NEL BOSCO

La/Il sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_/\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Telefono ab. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE l'iscrizione a "Centro estivo nel Bosco"**

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ per il/ i turno/i

dalle ore 8.30-12.30

dalle ore 8.30-14.30

- ~~Settimana 1 - Dal 10 al 14 Giugno~~
- ~~Settimana 2 - Dal 17 al 21 Giugno~~
- ~~Settimana 3 - Dal 24 al 28 Giugno~~
- ~~Settimana 4 - Dal 1 al 5 Luglio~~ **COMPLETO**
- ~~Settimana 5 - Dal 8 al 12 Luglio~~ **COMPLETO**
- Settimana 6 - Dal 15 al 19 Luglio
- Settimana 7 - Dal 22 al 26 Luglio
- Settimana 8 - Dal 30 Luglio al 2 Agosto
- Settimana 9 - Dal 5 al 9 Agosto
- Settimana 10 - Dal 2 al 6 Settembre
- Settimana 11 - Dal 9 al 13 Settembre

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL BAMBINO/A**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

**RECAPITI CUI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA':**

1) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

2) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**IL BAMBINO/A:**

Ha sofferto di patologie gravi in passato? (Se SI, quali e quando?) \_\_\_\_\_

Ha subito interventi chirurgici? (Se SI, quali e quando?) \_\_\_\_\_

E' portatore di patologie croniche? (Se SI, quali?) \_\_\_\_\_

**ASMA ( )    SVENIMENTI ( )    CONVULSIONI ( )    DIABETE ( )    DISTURBI CARDIACI ( )**

**ALLERGIA:** \_\_\_\_\_

**ALTRO:** \_\_\_\_\_

Fa uso abituario di farmaci? \_\_\_\_\_ FARMACO \_\_\_\_\_ DOSAGGIO \_\_\_\_\_

E' attualmente sotto cura medica? (Motivi, da quando?) \_\_\_\_\_

E' intollerante o allergico a quale farmaco o alimento? \_\_\_\_\_