

# **SCHEMA ANALITICA**

## **Centro Estivo 2025**

**\* Da consegnare alla Coordinatrice del Centro Estivo il primo giorno di frequenza**

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ N° Tel. Casa \_\_\_\_\_ N° Tel. genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altri numeri di tel.utili: \_\_\_\_\_

PERIODO DI FREQUENZA: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Per essere sicuri di garantire al bambino/a un adeguato servizio educativo, chiediamo ai genitori di segnalarci eventuali problematiche inerenti alla salute del bambino/a.

\* Segue cure specifiche (diete, medicinali...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Allergie: \_\_\_\_\_

\* Utilizza protesi (dentarie, o altro): \_\_\_\_\_

\* Indossa occhiali particolari: \_\_\_\_\_

\* Può svolgere attività sportive: \_\_\_\_\_

\* Se non può, indicare quali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Note particolari, se ritenute utili, sulle caratteristiche ed abitudini del bimbo/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_