**MODULO DI ISCRIZIONE POMERIGGIO INSIEME**

**Scuola primaria di Castelnuovo A.S. 2025 - 2026**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore del bambino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto alla Scuola primaria di Castelnuovo, classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tel. madre) e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tel. padre) indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ richiede l’iscrizione al progetto “Pomeriggio Insieme” – A.S. 2025-2026

Dichiara che l’autorizzazione di partecipazione al servizio è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà sul minore: ⃝ SI - ⃝ NO

Autorizza il minore ad uscire autonomamente al termine del servizio: ⃝ SI - ⃝ NO *(se NO compilare la parte sottostante e allegare fotocopia C.I. delle persone delegate al ritiro)*

………………………………………. ………………………………………………

(nome e cognome) (grado di parentela)

…………………………………. ………………………………………………

(nome e cognome) (grado di parentela)

………………………………………. ………………………………………………

(nome e cognome) (grado di parentela)

………………………………………. ………………………………………………

(nome e cognome) (grado di parentela)

□ si impegna a comunicare eventuali modifiche rispetto ai dati forniti.

Data Firma

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

SCHEDA PERSONALE DEL BAMBINO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/la bambino/a presenta problematiche psico-fisiche di cui gli educatori devono essere informati?  Se **SI** indicare quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il/la bambino/a presenta problemi motori che impediscono le attività di gioco?  Se **SI** specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **SI**  **SI** | **NO**  **NO** |
| Il/la bambino/a è stato certificato in base alla L. 104/1992 ed è previsto l’insegnante/educatore di sostegno?  Se **SI** indicare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **SI** | **NO** |
| Il/la bambino/a presenta intolleranze o allergie ad alimenti, insetti, sostanze in genere che possono scatenare reazioni immuno-mediate?  Se **SI** indicare allergeni e allegare certificazione medica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indicare quali reazioni possono essere provocate da eventuali assunzioni accidentali degli elementi allergizzanti o contatti con gli allergeni indicati (asma, reazioni cutanee, shock anafilattico)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **SI** | **NO** |
| Il/la bambino/a non può assumere alcuni alimenti per altre motivazioni (motivi religiosi, personali, ……)?  Se **SI** indicare quali alimenti evitare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **SI** | **NO** |
| La Società Cooperativa è autorizzata a effettuare il trasporto del/la bambino/a per uscite sul territorio? | **SI** | **NO** |
| Indicare eventuali altre informazioni utili ai fini del servizio:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Data Firma

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