SERVIZIO_____

PERIODO DI ISCRIZIONE _____

DATI DEL MINORE

Cognome :_____

Nome: _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale_____

Residenza_____

I SOTTOSCRITTI

PADRE (o TUTORE)

Cognome :_____

Nome: _____

MADRE

Cognome :_____

Nome: _____

Dichiariamo che nostro figlio è soggetto ad allergie/intolleranze: si no

Se sì, quali? _____

Dichiariamo che nostro figlio è affetto da patologie: si no

Se sì, quali? _____

RECAPITI TELEFONICI

abitazione_____

padre cell. _____

padre lavoro:_____ _____

madre cell. _____

madre lavoro_____ _____

altri recapiti_____

Spazio Aperto Servizi – Soc. Coop. Sociale ONLUS - Via Gorki, 5 - 20146 Milano
tel. +39 02.425527-4232477 fax +39 02. 42297685 - info@spazioapertoservizi.org - www.spazioapertoservizi.org
P. IVA – C.F. – REG. IMP. 10860990158 - REA-MI 1414063 - Iscrizione Albo Nazionale Cooperative mutualità prevalente A132669

AUTORIZZAZIONI

Autorizziamo nostro figlio/a a:

-consumare cibo confezionato distribuito dal personale della Cooperativa si no

-riprese vide-fotografiche per documentazione dell'attività educativa (pannelli, cartelloni, cd/dvd..) o in occasione di feste, limitatamente alle famiglie degli utenti del servizio si no

DELEGHE

☐ DICHIARIAMO che nostro figlio non dovrà essere consegnato ad alcuna altra persona al di fuori dei sottoscritti genitori

☐ AUTORIZZIAMO il personale in servizio a consegnare il bambino alle seguenti persone delegate, per tutta la durata del servizio, e SOLLEVIAMO il personale in servizio e l'Ente Gestore da qualsiasi responsabilità civile o penale conseguente alla consegna del minore a:

1) Sig./Sig.ra _____ *residente a* _____

nata a _____ *il* _____

*Carta d'Identità numero*_____

2) Sig./Sig.ra _____ *residente a* _____

nata a _____ *il* _____

*Carta d'Identità numero*_____

3) Sig./Sig.ra _____ *residente a* _____

nata a _____ *il* _____

*Carta d'Identità numero*_____

Data _____

Firma _____