



Cognome e nome del bambino	
data di nascita	
Periodo di frequenza	
Recapiti telefonici/mail	

Aspetti sanitari

Eventuale assunzione di farmaci/patologie in atto/allergie:

.....

.....

.....

.....

Alimentazione

Allergie o diete alimentari dettate da motivi sanitari (attestate da certificato medico) o da scelte religiose:

.....

.....

.....

.....

Eventuali notizie da segnalare

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Uscita al termine delle attività

Il/la sottoscritto/a _____

genitore di _____

nato/a a _____ il _____

DELEGA Il/La Sig./ra

a venire a prendere il/la bambino/a al termine delle attività.

(Si prega di delegare solamente persone di maggiore età).

data e firma del genitore