

## MODULO INFORMAZIONI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Doc. identità n° \_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Doc. identità n° \_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Genitori / Tutori del Bambino \_\_\_\_\_

Iscritto al servizio di Centro Ricreativo Diurno 2026

### COMUNICANO

I seguenti recapiti telefonici in caso di necessità

Tel. Casa \_\_\_\_\_

Cell. Madre \_\_\_\_\_

Cell. Padre \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

### SEGNALANO

Che Il proprio figlio presenta attualmente:

- INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI: \_\_\_\_\_

- Utilizza i seguenti FARMACI SALVAVITA: \_\_\_\_\_

- PRE CENTRO

- POST CENTRO

Firma (leggibile) di entrambi i genitori  
soggetto esercente la responsabilità genitoriale

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

Luogo e data

\_\_\_\_\_