



SCUOLA DELL'INFANZIA "ASILO INFANTILE"

Via Calcinoni, 2 - 31051 Follina – Tel. 0438/970556
scuolamaternafollina@libero.it (Didattica) - asilofollina@gmail.com (Amministrazione)
scuolamaternafollina.wordpress.com

A.S. 2017/2018

I sottoscritti (padre).....
(madre).....
genitori di.....

AUTORIZZAZIONE RITIRO DEL BAMBINO

1) AUTORIZZANO

per l'A.S. 2017/2018 le seguenti persone a ritirare il figlio dalla scuola. Eventuali cambiamenti sono da comunicare alla Direzione.

Nome e cognome
grado di parentela

Nome e cognome
grado di parentela

Nome e cognome
grado di parentela

Nome e cognome
grado di parentela

Nome e cognome
grado di parentela

AUTORIZZAZIONE USCITE DIDATTICHE

2) AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

le insegnanti ad accompagnare il proprio figlio/a a tutte le uscite didattiche programmate per l'anno scolastico 2017/2018.



SCUOLA DELL'INFANZIA "ASILO INFANTILE"

Via Calcinoni, 2 - 31051 Follina – Tel. 0438/970556
scuolamaternafollina@libero.it (Didattica) - asilofollina@gmail.com (Amministrazione)
scuolamaternafollina.wordpress.com

A.S. 2017/2018

DICHIARAZIONE RECAPITI TELEFONICI

3) DICHIARANO

i seguenti recapiti telefonici (i dati sono custoditi presso la scuola dell'infanzia e non divulgati ad altre persone).
Segnalare con una X quello da utilizzare per eventuali comunicazioni di segreteria (SMS).

- tel. abitazione
- cellulare mamma
- cellulare papà
- tel. lavoro mamma
- tel. lavoro papà
- tel. di:
- tel. di:
- tel. di:
- nome del Pediatra
- tel. Pediatra

DICHIARAZIONE ALLERGIE E INTOLLERANZE

4) DICHIARANO

che il proprio figlio/a:

- è allergico o intollerante a
.....
- non è allergico o intollerante

Data

Firma del padre

Firma della madre



SCUOLA DELL'INFANZIA "ASILO INFANTILE"

Via Calcinoni, 2 - 31051 Follina – Tel. 0438/970556
scuolamaternafollina@libero.it (Didattica) - asilofollina@gmail.com (Amministrazione)
scuolamaternafollina.wordpress.com

A.S. 2017/2018

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/la sottoscritto/a

padre/madre di.....

Chiede all'insegnante responsabile del Primo Soccorso di poter somministrare al proprio figlio/a il

farmaco.....

per le seguenti motivazioni

Dichiara, inoltre, di assumersi ogni responsabilità in caso di reazioni allergiche o di altro tipo che la somministrazione potrebbe causare.

Data

Firma

Firma