



## SCUOLA DELL'INFANZIA "ASILO INFANTILE"

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

---

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

### AUTORIZZAZIONE RITIRO DEL BAMBINO

#### 1) AUTORIZZANO

per l'A.S. 2018/2019 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 2018/2019.



## SCUOLA DELL'INFANZIA "ASILO INFANTILE"

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

### 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

---

### 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 .....