

MODULO RECAPITI TELEFONICI

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/della bambino/a _____

iscritto/a al servizio di Centro Ricreativo Diurno 2025

COMUNICANO

i seguenti recapiti telefonici in caso di necessità

Tel. Casa _____

Cell. genitore _____

Cell. genitore _____

Altro _____

SEGNALANO

Che Il/la proprio/a figlio/a presenta attualmente:

- INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI: _____
- Utilizza i seguenti FARMACI SALVAVITA: _____

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

Luogo e data

_____, _____