



## 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 .....

## 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 .....