



PROVINCIA DI COMO

COMUNE DI
FIGINO SERENZA

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

FREQUENZA SERVIZIO POST-SCUOLA

I sottoscritti _____

genitori di _____

Residenza _____

Recapito telefonico: casa _____ altro _____

E-mail: _____

frequentante la classe _____ sezione _____

Delegano

al ritiro del minore le seguenti persone _____, oppure _____
(Nome e cognome) (Nome e cognome)

I ragazzi potranno essere affidati **SOLO** alle persone indicate nella presente autorizzazione **(eventuali variazioni dovranno essere comunicate per iscritto dal genitore)**.

Sollevo, pertanto, l'Amministrazione Comunale e il personale del Post-Scuola da ogni responsabilità nel caso di mancata presenza non giustificata del sottoscritto o degli adulti delegati.

-
1. Segnalano che il/la proprio/a figlio/a ha non ha problematiche di natura sanitaria che potrebbero limitare la partecipazione ad attività ricreative a carattere sportivo (allegare certificato medico);
 2. Segnalano che il/la proprio/a figlio/a ha in atto le seguenti terapie mediche _____

Nel caso in cui sia indispensabile la somministrazione di un farmaco "salvavita" durante l'orario del servizio, è necessario presentare una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia), nonché l'autorizzazione alla somministrazione da parte di entrambi i genitori;



PROVINCIA DI COMO
COMUNE DI
FIGINO SERENZA

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

3. Per lo svolgimento delle attività e iniziative organizzate dal Post-Scuola

Autorizzano

Non autorizzano

gli scatti fotografici, le riprese video e/o la diffusione di immagini (filmati, fotografie, ecc...)

Data _____ Firma _____