



PROVINCIA DI COMO

COMUNE DI  
FIGINO SERENZA

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

## FREQUENZA SERVIZIO SPAZIO COMPITI – SCUOLA PRIMARIA

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 servizio da ogni responsabilità nel caso di mancata presenza non giustificata del sottoscritto o degli adulti delegati.

Autorizzano il/la proprio/a figlio/a al rientro a casa da solo/a, avendone valutato il grado di maturazione, il percorso che deve compiere e verificato che egli è in grado di percorrerlo (solo per gli iscritti di classe quarta e quinta).

Al fine di garantire un'adeguata vigilanza a tutti, si ricorda che ogni assenza del minore dalle attività dovrà essere giustificata.

-----

1. Allo scopo di assicurare il buon funzionamento del servizio

Autorizzano  Non autorizzano

lo scambio di informazioni riguardanti il/la proprio/a figlio/a tra il personale del servizio e la scuola frequentata

2. Comunicano che il/la proprio/a figlio/a  ha  non ha  
intolleranze/allergie alimentari.

Se sì quali \_\_\_\_\_  
(allegare certificato medico).

In caso di somministrazione di alimenti confezionati in occasioni particolari (festa di Natale, ecc.)

Autorizzano  Non autorizzano



PROVINCIA DI COMO

COMUNE DI  
FIGINO SERENZA

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

3. 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.
4. 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;

5.  Autorizzano  Non autorizzano  
Il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle uscite sul territorio che verranno organizzate durante le attività del servizio.
6. Per lo svolgimento delle attività e iniziative organizzate dal servizio
- Autorizzano  Non autorizzano  
gli scatti fotografici, le riprese video e/o la diffusione di immagini (filmati, fotografie, ecc...)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_