

ALLEGATO N. 3

(DA COMPILARE E CONSEGNARE AL NIDO)

DELEGA GENITORIALE PER LE PROCEDURE DI EMERGENZA

Io sottoscritto/a _____ residente a

○ **Indirizzo** _____ **genitore di**

○

○ _____

delego il personale della struttura educativa a chiamare il 118 in caso di urgenza. Chiedo contestualmente che venga fatto ogni possibile tentativo per contattarmi in tali condizioni presso i recapiti che ho fornito in precedenza.

In fede _____

Data _____



DOLCI SOGNI APS

Via Volturmo, 3 – 24030 Gromlongo di Palazzago (Bg) – CF e PIVA 03118050164

ALLEGATO N. 4

(DA TENERE E USARE SOLO IN CASI SPACIALI/ FARMACI SALVAVITA)

DELEGA GENITORIALE

Io sottoscritto/a _____ residente a _____

○ **Indirizzo** _____ **genitore di** _____

delego il responsabile della struttura educativa a praticare a mio/a figlio/a le prestazioni sanitarie

citare nelle indicazioni del medico curante dr. _____ che qui allego e secondo

le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse*.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

_____ Tel. _____

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo _____

In fede _____

Data: _____

***CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA** per la somministrazione di farmaci in orario scolastico. Su ricettario devono essere riportati:

3 farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;

4 altre raccomandazioni ritenute necessarie.



DOLCI SOGNI APS

Via Volturmo, 3 – 24030 Gromlongo di Palazzago (Bg) – CF e PIVA 03118050164

(DA COMPILARE E CONSEGNARE AL NIDO)

ALLEGATO N. 5

REFERENTI DI:

DATI DEL PADRE

NOME COGNOME..... PROFESSIONE.....

NATO IL.....N° CASAN° CELL N° LAVORO

DATI DELLA MADRE

NOME COGNOME..... PROFESSIONE.....

NATO IL.....N° CASAN° CELL N° LAVORO

DATI DEL BAMBINO/A

NOME COGNOME

NATO AIL.....

RESIDENTE A IN VIAN°.....

ALLERGIE A FARMACI

ALLERGIE ALIMENTARI

HANDICAP

RELIGIONE GENITORI (con / sep / div)

ALTRO

N° FRATELLI.....

Io sottoscritto..... **DICHIARO**

Che quanto sopra riportato corrisponde al vero ed inoltre autorizzo il personale dell'asilo famiglia ad effettuare le seguenti operazioni:

- 4 Somministrazione di tachipirina in caso di febbre alta o malessere
- 5 Lavaggi nasali con soluzioni fisiologiche
- 6 Trasporto al pronto soccorso in caso di emergenza
- 7 Esercitazioni di evacuazione in caso di incendio

FIRMA

Il / la sottoscritto/aconcede il proprio consenso all'asilo famiglia a trattare e conservare i dati acquisiti ai sensi della legge 675/96 (Tutela dati personali)

FIRMA



(DA COMPILARE E CONSEGNARE AL NIDO)

AUTORIZZAZIONE SPOSTAMENTI FUORI SEDE

Io sottoscritto/a.....

Genitore del bambino/a

Autorizzo il personale del Nido ad effettuare spostamenti fuori dalla sede con il proprio figlio/a

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....



(DA COMPILARE E CONSEGNARE AL NIDO)

DELEGA A TERZI PER RITIRO DEL FIGLIO/A

Io sottoscritto.....

Genitore del bambino/a

Delego il sig./ la sig.raN°carta d'identità

Delego il sig./ la sig.raN°carta d'identità

Delego il sig./ la sig.raN°carta d'identità

Delego il sig./ la sig.raN°carta d'identità

Delego il sig./ la sig.raN°carta d'identità

Delego il sig./ la sig.raN°carta d'identità

A ritirare mio figlio/a dal nido nei giorni in cui ne fossi impossibilitato

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....

(DA TENERE E FARE DIVERSE FOTOCOPIE)



AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE

Alla cortese attenzione del
NIDO DOLCI SOGNI

Io sottoscritto/a

Residente a in via

N° di telefono Cellulare.....Altri recapiti

Genitore di

Allontanato il giornoin seguito al riscontro da parte del personale educativo di:

- 2 Esantema (rash cutaneo);
- 3 Congiuntivite purulenta;
- 4 Diarrea;
- 5 Altro.....;

OPPURE

Assente dal per

Ai sensi della L.R. 21 del 18/08/2005 in materia di semplificazione sanitaria

DICHIARO

Di aver contattato il medico curante, di essermi attenuto/a alle indicazioni da lui ricevute e di poter riportare mio figlio/a al nido.

Data

Firma