

Al Presidente dell' Unione Montana
Alta Valle del Metauro
Via A. Manzoni 25

61049 URBANIA (PU)

Oggetto: richiesta di inserimento presso il Centro Socio Educativo Riabilitativo Francesca di Urbino.

Il/la Sottoscritto/a _____,

CF _____, genitore di _____

nato a _____ il _____ e residente ad

_____ in via _____

CHIEDE

di inserire il proprio figlio al Progetto Tempo Libero del Centro socio Educativo Francesca. Il sottoscritto allega alla presente la documentazione clinica (104) di cui è in possesso.

Inoltre il/la Sottoscritto/a, in caso di accoglimento della presente richiesta di inserimento,

DICHIARA

1. di aver preso visione e di accettare il vigente regolamento di funzionamento del Centro;
2. di aver preso visione e di accettare le vigenti tariffe di frequenza mensili applicate dalla Unione Montana Alta Valle del Metauro;
3. di impegnarsi al pagamento delle rate mensili entro e non oltre il mese successivo a pena di revoca della presente autorizzazione.

In particolare si richiede l'utilizzazione dei seguenti servizi:

inserimento al centro a tempo pieno

inserimento al centro a tempo parziale

progetto tempo libero

mensa

trasporto

Il sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente stati o situazioni relative al proprio figlio/a (patologie particolari, forme allergiche, uso di farmaci, ecc...).

Luogo e data

_____ li _____

Firma del richiedente

Alla Direzione del Centro
Socio Educativo "Francesca"
Via Pozzo Nuovo, 6

61029 Urbino

Oggetto: quadro allergologico

Il sottoscritto/a _____ genitore di _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a:

- non è affetto da alcuna forma allergica
- è affetto da forma allergica come da allegata certificazione medica

Il sottoscritto solleva ogni educatore da ogni responsabilità in caso si manifestino reazioni allergiche.

Luogo e data

_____ li _____

Firma del richiedente

Alla Direzione del Centro
Socio Educativo "Francesca"
Via Pozzo Nuovo, 6

61029 Urbino

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

Il sottoscritto/a _____ genitore di _____

CHIEDE

che nel periodo di frequenza presso il Centro Francesca, vengano somministrati al proprio figlio/a i farmaci indicati nell'allegata prescrizione medica, secondo la relativa posologia.

Con la presente, si solleva ogni educatore dalla responsabilità relativa agli effetti dovuti e connessi alla somministrazione stessa.

Luogo e data

_____ li _____

Firma del richiedente
