

data/...../.....

QUESTIONARIO: Iscrizione CAMP SPORT ESTATE 26

Cognome e Nome – genitore:

Cognome e Nome* – children:

data di nascita*:/...../..... Comune di residenza:

Recapito telefonico:

Orario di primo accesso: previsti circa venti utenti per ogni fascia oraria (mettere una "X")

1 07:00-07:30 2 07:40-08:00 3 08:05-08:25 4 08:35-09:00

	<i>domande</i>	risposta	
		Si	No
☞	è abituato a condividere tempo e giochi con altri coetanei?	Si	No
☞	ha frequentato una piscina?	Si	No
☞	ha paura dell'acqua?	Si	No
☞	è mai capitato di fronte alla vasca di una piscina di buttarsi anche se non sa nuotare?	Si	No
☞	sa riconoscere i pericoli?	Si	No
☞	è capace di comunicare i propri bisogni? (fisici e fisiologici)	Si	No
☞	è violenta/o o manesca*/o?	Si	No
☞	è allergica/o a qualcosa*?	Si	No
☞	è intollerante a qualche cibo*?	Si	No
☞	soffre di qualche patologia*?	Si	No
☞	prende regolarmente medicinali*?	Si	No
☞	parla italiano?	Si	No
☞	ha completato le vaccinazioni?	Si	No
<i>*Note particolari:</i>			
.....			
.....			

Ritiro/2giornata: mattina 12.20 Accesso/2giornata: pomeriggio 14.20

Orario di consegna: (mettere una "X" sulla fascia oraria da rispettare per tutta la frequenza)

1 17:10-17:25 2 17:30-17:45 3 17:50-18:00

I dati verranno valutati e per eventuali chiarimenti verrete contattati al più presto. Grazie

QUESTIONARIO: Iscrizione CAMP SPORT ESTATE 26

Cognome e Nome – genitore:

Cognome e Nome* – children:

data di nascita*:/...../..... Comune di residenza:

Recapito telefonico:

Orario di primo accesso: previsti circa venti utenti per ogni fascia oraria (mettere una "X")

1 07:00-07:30 2 07:40-08:00 3 08:05-08:25 4 08:35-09:00

	<i>domande</i>	risposta	
		Si	No
☞	è abituato a condividere tempo e giochi con altri coetanei?	Si	No
☞	ha frequentato una piscina?	Si	No
☞	ha paura dell'acqua?	Si	No
☞	è mai capitato di fronte alla vasca di una piscina di buttarsi anche se non sa nuotare?	Si	No
☞	sa riconoscere i pericoli?	Si	No
☞	è capace di comunicare i propri bisogni? (fisici e fisiologici)	Si	No
☞	è violenta/o o manesca*/o?	Si	No
☞	è allergica/o a qualcosa*?	Si	No
☞	è intollerante a qualche cibo*?	Si	No
☞	soffre di qualche patologia*?	Si	No
☞	prende regolarmente medicinali*?	Si	No
☞	parla italiano?	Si	No
☞	ha completato le vaccinazioni?	Si	No
<i>*Note particolari:</i>			
.....			
.....			

Ritiro/2giornata: mattina 12.20 Accesso/2giornata: pomeriggio 14.20

Orario di consegna: (mettere una "X" sulla fascia oraria da rispettare per tutta la frequenza)

1 17:10-17:25 2 17:30-17:45 3 17:50-18:00

I dati verranno valutati e per eventuali chiarimenti verrete contattati al più presto. Grazie