



SCHEDA ISCRIZIONE CENTRO RAGAZZI

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____ IL _____
IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DEL MINORE DI CUI SOTTO CHIEDE DI ISCRIVERE AL
CENTRO RAGAZZI:

COGNOME _____ NOME _____ M F

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

DOMICILIO _____

RECAPITI _____

IL MINORE ABITA CON: ENTRAMBI I GENITORI UN SOLO GENITORE
 CON UN TUTORE _____

NOMI DEI GENITORI/TUTORI _____

E' PORTATORE DI HANDICAP PSICOFISICO? NO SI

(SE SI SPECIFICARE _____)

E' ASSISTITO DAI SERVIZI SOCIALI? NO SI

SOFFRE DEI SEGUENTI DISTURBI _____

ATTENZIONI PARTICOLARI _____

PERSONE AUTORIZZATE A PRELEVARE IL MINORE _____

GIORNO E ORA IN CUI AUTORIZZA IL/LA RAGAZZO/A AD USCIRE DA SOLO:

ADERISCO AL SERVIZIO SMS PER RICEVERE INFORMAZIONI SULLE ATTIVITA' DEL CENTRO,
DA ATTIVARE SUL NUMERO _____

NO SI

_____, _____

Firma



Regione Lazio



Provincia di Roma



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM H