



**Autorizzazione uscita temporanea dal centro estivo
per motivi medico - sanitari**

La sottoscritta (Cognome e Nome genitore) _____ in
qualità di genitore/trice del minore (Cognome e Nome minore)
_____ Iscritto al Centro Estivo Comunale (Scuola)
_____ sito in via _____ e gestito
da UISP Comitato Territoriale Di Bologna.

AUTORIZZA

L'Educatore/trice - del servizio disabilità assegnato alla (cooperativa)
_____ nelle persone di:

- (Cognome e Nome Educatore/trice) _____
- (Cognome e Nome Educatore/trice) _____
- (Cognome e Nome Educatore/trice) _____

ad uscire dal suddetto Centro Estivo con il
minore _____ per recarsi presso l'ambulatorio del
Dr. _____ in via _____ e far
rientro al centro dopo la visita/terapia.

Luogo e data

_____ il ___/___/_____

Firma del genitore
(o di chi ne fa le veci)

Firma per presa visione

la coordinatrice Pedagogica _____

Il/ la Coordinatore/trice del centro _____