



DELEGA PRONTO INTERVENTO

Bambino/a
Cognome **Nome**

iscritto/a a "L'ALTALENA LAB".

nr. telefono casa _____

Indicare i nominativi (ed i recapiti) delle persone che si desidera vengano contattati in caso di infortunio o di pronto intervento :

Cognome	nr. tel.
Nome	nr. tel./cell.
Grado di parentela	e-mail

Cognome	nr. tel.
Nome	nr. tel./cell.
Grado di parentela	e-mail

Cognome	nr. tel.
Nome	nr. tel./cell.
Grado di parentela	e-mail

NEL CASO NON FOSSE POSSIBILE

AUTORIZZIAMO il Responsabile dell'Ente o un suo delegato, a richiedere l'intervento dell'autoambulanza e acconsentiamo che siano prestate le cure che il medico ritenga necessarie.

Trezzo sull'Adda _____

I Genitori

