

# SCHEDA TECNICA

NOME.....

Nato il.....a.....

Residente a.....via.....CAP.....

CF.....

- ATTIVITA'.....
- CERTIFICATO MEDICO.....
- ALLERGIE.....  
.....
- FORMULA (barrare il campo interessato):
  - FULL TIME
  - PART TIME fino ore 12,30/13,00
  - PART TIME fino ore 14,00 con pranzo
  - A RICHIESTA, GIORNI.....
  - MENSILE .....
- CONSENSO A RIPRESE E FOTO    SI / NO
- NUMERO TELEFONO MAMMA .....
- NUMERO TELEFONO PAPA' .....
- NUMERO RESPONSABILE MINORE .....