

Alla Responsabile del Servizio Asili Nido
Dr.ssa Monica Pulone
monica.pulone@asp-spa.it

Alla Coordinatrice Pedagogica
Dr.ssa Annalisa Di Matteo
annalisa.dimatteo@asp-spa.it

Alla Responsabile Organizzativa
Sig.ra Ilaria Verini
ilaria.verini@asp-spa.it

**AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE AL PROGETTO DI CONTINUITA'
ASILO NIDO AXEL – SCUOLA DELL'INFANZIA COLLODI.**

I sottoscritti _____ esercenti la patria
potestà (madre, padre, tutore) del/la bambino/a _____
frequentante la sezione _____ dell'Asilo Nido Axel di Ciampino,
autorizzano il/la proprio/a figlio/a partecipare al progetto di continuità che si terrà presso la Scuola
dell'Infanzia Collodi sita in Viale di Marino, nelle giornate di seguito indicate, dalle ore 10:00 alle ore
11:00, dove i bambini verranno accompagnati a piedi dalle educatrici e dal Coordinamento, utilizzando
come percorso il passaggio pedonale che collega l'asilo nido Axel alla scuola Collodi:

- 14 Aprile
- 26 Aprile
- 11 Maggio
- 26 maggio
- 9 giugno
- 13 giugno

I sottoscritti sono stati informati che il loro consenso scritto costituisce il presupposto per la
partecipazione del bambino all'uscita dal nido per il progetto di continuità con esonero di
responsabilità secondo le vigenti disposizioni legislative.

Ciampino, _____

(firma di entrambi i dichiaranti genitori/tutori del bambino/a)