

SAN MARCO ARGENTANO CITTÀ DEL GUISCARDO

Allegato B

Scheda progettuale

DENOMINAZIONE CENTRO ESTIVO.....

1) DATA INIZIO CENTRO ESTIVO_____

DATA TERMINE CENTRO ESTIVO_____

ORARIO DI ENTRATA UTENZA: DALLE ORE_____ SCAGLIONATI

ORARIO DI USCITA UTENZA: DALLE ORE_____ SCAGLIONATI

ORARIO PREDISPOSIZIONE QUOTIDIANA DEL SERVIZIO: DALLE ORE_____ ALLE ORE_____

ORARIO RIORDINO DOPO CONCLUSIONE ATTIVITÀ: DALLE ORE_____ ALLE ORE_____

2) BAMBINI E ADOLESCENTI ACCOLTI:

NUMERO_____ FASCIA 3 – 5 ANNI

NUMERO_____ FASCIA 6 – 11 ANNI

NUMERO_____ FASCIA 12 – 17 ANNI

3) ALLEGARE PIANTINA DELLE AREE CHIUSE CON INDICAZIONE CHIARA DEI DIVERSI AMBITI FUNZIONALI, AD ESEMPIO ACCESSI, AREE GIOCO, AREE DI SERVIZIO, ECC.

DESCRIZIONE ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DEGLI SPAZI:_____

4) PROGRAMMA DI MASSIMA DELLE ATTIVITÀ/SITUAZIONI GIORNALIERE:

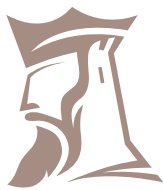
DALLE ORE_____ ALLE ORE_____:

DALLE ORE_____ ALLE ORE_____:

DALLE ORE_____ ALLE ORE_____:

DALLE ORE_____ ALLE ORE_____:

DALLE ORE_____ ALLE ORE_____:



SAN MARCO ARGENTANO CITTÀ DEL GUISCARDO

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____:

LAVAGGIO MANI:

ORE _____

ORE _____

ORE _____

IGIENIZZAZIONE SPAZI E MATERIALI:

ORE _____

ORE _____

ORE _____

5) ELENCO DEL PERSONALE IMPIEGATO, NEL RISPETTO DEL PRESCRITTO RAPPORTO NUMERICO MINIMO CON IL NUMERO DI BAMBINI ED ADOLESCENTI ACCOLTI:

COORDINATORE EDUCATIVO E ORGANIZZATIVO _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

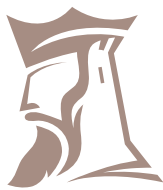
OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

OPERATORE: _____

6) MODALITÀ PREVISTE NEL CASO DI ACCOGLIENZA DI UTENTI CON DISABILITÀ O PROVENIENTI DA CONTESTI FAMILIARI CARATTERIZZATI DA FRAGILITÀ:



SAN MARCO ARGENTANO
CITTÀ DEL GUISCARDO

7) MODALITÀ PREVISTE NEL CASO DI EVENTUALE UTILIZZO DEI MEZZI DI TRASPORTO PER GITE:

8) MODALITÀ PER LA VERIFICA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL PERSONALE IMPIEGATO:

DICHIARAZIONI E CERTIFICAZIONI IN ACCORDO CON ASL _____

9) MODALITÀ PER LA VERIFICA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE DEGLI UTENTI ACCOLTI:

- CERTIFICAZIONE PEDIATRA SI ☐ NO ☐
- TERMOSCANNER PER MISURAZIONE FEBBRE SI ☐ NO ☐
- **AUTOCERTIFICAZIONE GENITORE SI ☐ NO ☐**

10) IL GESTORE SI IMPEGNA AL RISPETTO DELLE PRESCRIZIONI IGIENICHE INERENTI ALLA MANUTENZIONE ORDINARIA DELLO SPAZIO, AL CONTROLLO QUOTIDIANO DELLO STATO DEI DIVERSI ARREDI E ATTREZZATURE IN ESSO PRESENTI E LORO RELATIVA PULIZIA APPROFONDITA PERIODICA

☐ (BARRARE PER ACCETTAZIONE)

11) MODALITÀ PER LA VERIFICA QUOTIDIANA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE DELLE PERSONE CHE ACCEDONO ALL'AREA:

IL GESTORE SI IMPEGNA ALLA VERIFICA DEL REGOLARE UTILIZZO DELLE MASCHERINE

☐ (BARRARE PER ACCETTAZIONE)

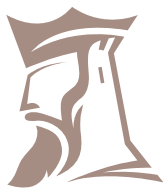
12) INDICARE EVENTUALI MODALITÀ INERENTI LA PREPARAZIONE ED IL CONSUMO DEI PASTI:



SAN MARCO ARGENTANO
CITTÀ DEL GUISCARDO

DATA _____ FIRMA del Legale Rappresentante

(allegare fotocopia documento d'identità)



SAN MARCO ARGENTANO
CITTÀ DEL GUISCARDO
