

Allegato C)

Scheda progettuale

DENOMINAZIONE CENTRO ESTIVO _____

1) DATA INIZIO CENTRO ESTIVO _____

2) DATA TERMINE CENTRO ESTIVO _____

3) ORARIO DI ENTRATA UTENZA: DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

4) SCAGLIONATI ORARIO DI USCITA UTENZA: DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

5) SCAGLIONATI ORARIO PREDISPOSIZIONE QUOTIDIANA DEL SERVIZIO: DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

6) 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 – 14 ANNI NUMERO _____

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 _____ : _____

IGIENIZZAZIONE SPAZI E MATERIALI: ORE _____ ORE _____

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

COORDINATORE EDUCATIVO ed ORGANIZZATIVO _____

OPERATORE: _____

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

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:

DATA _____

FIRMA del Legale Rappresentante _____

(allegare fotocopia documento d'identità)