

Al Responsabile CRE
Comune di _____**SCHEDA PROGETTO per l'inclusione sociale dei minori disabili presso il****Centro Estivo** _____

Responsabile gestione CRE _____

Recapito tel/cell _____

- Cognome e Nome minore frequentante _____
- Periodo e orario di frequenza _____
- Attività educative/ricreative proposte _____

-
- Il minore utilizza il servizio mensa SI NO
 - Il minore ha la necessità di assumere farmaci salvavita:
 - SI (allegare documentazione) NO
 - In caso di assenza dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) è stato predisposto un piano di sostituzione.

Si attesta che la struttura del Centro Estivo garantisce:

- quanto indicato dalle attuali disposizioni normative per la gestione in sicurezza dell'infezione da SAR-COV-2
- caratteristiche di agibilità (Dlgs 81/08 e s.m.i.)
- caratteristiche di accessibilità:barriere architettoniche SI NO

Se SI indicare le criticità e soluzioni adottate _____

-
- servizi igienici idonei per i minori disabili
 - adeguato sistema di protezione per le aree esterne

Referente del progetto
