

**DOMANDA DI ADESIONE ALLE ATTIVITÀ EDUCATIVE DOMICILIARI PREVISTE PER  
L'A.S 2020/2021 NELL'AMBITO DEL PROGETTO  
BLOOM AGAIN. TUTTI I SENSI HANNO COLORE**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
(padre/madre)

\*

\_\_\_\_\_ (padre/madre)

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di genitori di \_\_\_\_\_  
(nome e cognome del/la bambino/a)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_

della scuola

primaria

secondaria di primo grado

Nome dell'istituto \_\_\_\_\_

Codice meccanografico \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ADERIRE ALLE ATTIVITÀ EDUCATIVE DOMICILIARI PREVISTE PER L'A.S  
2020/2021 NELL'AMBITO DEL PROGETTO BLOOM AGAIN. TUTTI I SENSI HANNO COLORE**

AREA SU CUI SI RICHIEDE L'AZIONE EDUCATIVA:

Prerequisiti al braille

Letto – scrittura: Braille

Prerequisiti alla scrittura in nero

Letto – scrittura: In nero

Tifloinformatica



S. ALESSIO  
MARGHERITA DI SAVOIA  
Azienda di Servizi alla Persona  
disabile visiva

# BLOOM AGAIN

*Tutti i sensi hanno colore*



A tal proposito, si dichiara che il/la bambino/a è

Cieco/a  con ulteriore minorazione \_\_\_\_\_  
(specificare)

Ipovedente  con ulteriore minorazione \_\_\_\_\_  
(specificare)

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma madre/padre \_\_\_\_\_

Firma madre/padre \_\_\_\_\_

*\* In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

Firma \_\_\_\_\_