



## OVERNIGHT EXPERIENCE APPLICATION FORM

(DA ALLEGARE ALL' APPLICATION FORM DEL SUMMER CAMP)

Prima di compilare il seguente application form, ci teniamo a sottolineare che l'esperienza dell'Overnight è del tutto **facoltativa** e ha l'obiettivo di essere un'avventura **formativa** e di **aggregazione**.

Al contempo però, deve essere vissuta dai bambini in maniera estremamente **serena, consapevole, indipendente** e **RESPONSABILE**. Se questi prerequisiti dovessero vacillare nelle due settimane precedenti l'esperienza del Vostro bambino, l'organizzazione valuterà in maniera del tutto libera e professionale se accettare l'application form dell'Overnight o meno, dando le dovute spiegazioni alle famiglie interessate.

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

ETA' \_\_\_\_\_

CLASSE FREQUENTATA \_\_\_\_\_

NUMERI PER EMERGENZE (SPECIFICARE IL CONTATTO):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

1. E' LA MIA PRIMA ESPERIENZA AD UN CAMP ESTIVO? SI NO

2. SONO GIA' ABITUATO A DORMIRE FUORI CASA? SI NO

3. SE SI, DA CHI? .AMICI .PARENTI

4. SONO ABITUATO A SVEGLIARMI LA NOTTE? SI NO

5. SE SI, PER QUALE MOTIVO?

---

---

6. HO PARTICOLARI PAURE? SI NO

7. SE SI, QUALI?

---

---

8. HO INTOLLERANZE ALIMENTARI? SI NO

9. SE SI, QUALI?

---

---

**PER QUALSIASI RICHIESTA PARTICOLARE O ESIGENZA VI PREGHIAMO DI RIVOLGERVI A:**

**MICHELA PARISI 342-8078116**

**[michela.parisi@bbschool.it](mailto:michela.parisi@bbschool.it)**