

PROGETTO ORGANIZZATIVO DEL CENTRO ESTIVO 2022

Soggetto gestore _____
con sede a _____
in via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ fax _____
e-mail _____

Denominazione del centro estivo: _____
con sede presso _____ in via _____
n. _____
CAP _____ tel. _____ fax _____

Responsabile del centro estivo:
Nome e cognome: _____
tel. _____ mail _____
Titolo di studio e qualifica: _____

Esperienze del Responsabile in servizi socio – educativi

Max 10 Righe

Compiti e funzioni del Responsabile (es. coordina il personale e lo supporta nella programmazione delle attività, si occupa della sostituzione del personale, mantiene i rapporti con gli Uffici Comunali, ecc.)

Max10 righe

Fascia/e d'età a cui è rivolto il Centro estivo? [barrare la casella che interessa]

3 – 6 anni;

7 – 10 anni;

11 – 15 anni;

Obiettivi da raggiungere con i minori: 3 - 6 anni;

Max 20 righe

Obiettivi da raggiungere rispetto con i minori: 7 - 10 anni;

Max 20 righe

Obiettivi da raggiungere rispetto con i minori: 11 - 15 anni;

Max 20 righe

Obiettivi Rispetto alle famiglie dei minori di 3 – 6 anni:

Max 10 righe

Obiettivi Rispetto alle famiglie dei minori di 7 – 10 anni:

Max 10 righe

Obiettivi Rispetto alle famiglie dei minori di 11 – 15 anni:

Max 10 righe

Obiettivi da raggiungere in merito all'inserimento e all'integrazione dei minori disabili

Max 10 righe

n° massimo di bambini/e da accogliere _____ previsione n° operatori _____

Obiettivi Rispetto alla programmazione degli interventi, al rapporto operatore/bambino e alle modalità di integrazione all'interno del gruppo dei pari

Max 10 righe

Max Ricettività del Centro estivo:

numero _____ e numero massimo dei posti giornalieri disponibili _____

Programma delle attività (*tipologie di attività, proposte, iniziative, eventuale tema/ambientazione del Centro estivo ecc.*)

Max 20 righe

Metodologie e strumenti educativi

Max 20 righe

Organizzazione spazi (*Organizzazione degli spazi, dotazione di materiale ludico e attrezzatura per la realizzazione del progetto*)

Max 10 righe

Organizzazione temporale del Centro (*max 12 giorni*). *Indicare*

Periodo: dal ___ al ___

Orario di apertura giornaliero dalle ore ___ alle ore ___

Competenze professionali degli operatori

RUOLO/FUNZIONE (educatore, assistente, ecc.)	PROFESSIONALITÀ' (titolo di studio, esperienza, ecc.)	TIPO DI RAPPORTO (dipendenza, volontariato, ecc.)	ORARIO GIORNALIERO	N° ORE SETTIMANALI

Modalità e strumenti di coinvolgimento delle famiglie

Max 10 righe

Sinergie con altre agenzie del territorio, se programmate

Max 10 righe

Modalità e strumenti di verifica del progetto

Max 10 righe

Servizi accessori previsti (servizio refezione, trasporto, altro: _____)

Data _____ Luogo _____

Timbro e Firma leggibile del Legale rappresentante _____