

# MODULO D'ISCRIZIONE

*ASILO NIDO L'ISOLA CHE NON C'E'*



## Dati personali

Cognome e nome del bambino \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ altri recapiti tel. \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Il bambino frequenterà dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_

Fratelli/Sorelle \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Altre figure parentali conviventi \_\_\_\_\_

## Stato di benessere del bambino

### 1. Alimentazione

Rapporto con il cibo \_\_\_\_\_

Abitudini a tavola \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Rifiuto/atteggiamenti da assumere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Eventuali ricoveri ospedalieri

E' stato ricoverato in ospedale? \_\_\_\_\_ A quale età? \_\_\_\_\_

Per quali ragioni? \_\_\_\_\_

Per quanto tempo? \_\_\_\_\_

E' ancora seguito? \_\_\_\_\_

Assume regolarmente medicinale? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Sonno

Modalità con cui il bambino affronta il sonno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Paure

Eventuali paure legate al sonno/in generale \_\_\_\_\_

---

---

---

## La vita relazionale

### 1. Relazione con gli adulti

Quale dei due genitori può dedicare più tempo al bambino? \_\_\_\_\_

---

Oltre ai genitori vi sono altri adulti che si occupano del bambino? \_\_\_\_\_

---

Atteggiamenti nei confronti di persone estranee \_\_\_\_\_

---

### 2. Relazione con i bambini

Quali rapporti ha con fratelli/ sorelle? \_\_\_\_\_

---

### 3. Relazione con lo spazio e gli oggetti

Dove gioca generalmente il bambino? \_\_\_\_\_

Gioca da solo (domanda per verificare la capacità di organizzarsi)? \_\_\_\_\_

---

Quali giochi preferisce? \_\_\_\_\_

---

---

# RECAPITI TELEFONICI

*ASILO NIDO L'ISOLA CHE NON C'E'*



N° telefono cellulare:

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

N° telefono lavoro:

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# DELEGA

*ASILO NIDO L'ISOLA CHE NON C'E'*



Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore del bambino \_\_\_\_\_

## DELEGA

1. Il/La signore/a \_\_\_\_\_ documento di  
identità n° \_\_\_\_\_ al ritiro del proprio/a figlio/a.
2. Il/La signore/a \_\_\_\_\_ documento di  
identità n° \_\_\_\_\_ al ritiro del proprio/a figlio/a.

La presente delega vale per tutto l'anno scolastico \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_