Dati relativi al padre e alla madre

PADRE	MADRE
Professione	Professione
Lavoratore Autonomo ❑ Studente ❑	Lavoratrice Autonoma ❑ Studentessa ❑
Lavoratore Dipendente ❑ Coadiuvante ❑	Lavoratrice Dipendente ❑ Coadiuvante ❑
Pensionato / Inabile ❑ Disoccupato ❑	Pensionata / Inabile ❑ Disoccupata ❑
Altro	Altro
Ente o Ditta	Ente o Ditta
Sede Tel.	Sede Tel.
Totale ore lavorative settimanali	Totale ore lavorative settimanali
Lavoro a Tempo Indeterminato ❑	Lavoro a Tempo Indeterminato ❑
Lavoro a Tempo Determinato ❑	Lavoro a Tempo Determinato ❑
Dal al	Dal al
Altro	Altro

Dati relativi ai nonni

NONNO PATERNO	NONNO MATERNO
Cognome e Nome	Cognome e Nome
Nato a il	Nato a il
Residenza	Residenza
Lavoratore Autonomo ❑ Pensionato ❑	Lavoratore Autonomo ❑ Pensionato ❑
Lavoratore Dipendente ❑ Disoccupato ❑	Lavoratore Dipendente ❑ Disoccupato ❑
Ditta e Sede	Ditta e Sede
Invalido (allegare certificazione) ❑ Deceduto ❑	Invalido (allegare certificazione) ❑ Deceduto ❑
Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori ❑	Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori ❑
NONNA PATERNA	**NONNA MATERNA**
Cognome e Nome	Cognome e Nome
Nata a il	Nata a il
Residenza	Residenza
Lavoratrice Autonoma ❑ Pensionata ❑	Lavoratrice Autonoma ❑ Pensionata ❑
Lavoratrice Dipendente ❑ Disoccupata ❑	Lavoratrice Dipendente ❑ Disoccupata ❑
Ditta e sede	Ditta e sede
Invalida (allegare certificazione) ❑ Deceduta ❑	Invalida (allegare certificazione) ❑ Deceduta ❑
Istituzionalizzata o impegnata ad accudire i genitori ❑	Istituzionalizzata o impegnata ad accudire i genitori ❑

Informazioni sul bambino/a

Cognome e nome del pediatra _____ Tel. Ambulatorio _____

Il bambino/a è in affido familiare? Si ❑ No ❑

Notizie sullo stato generale di salute del bambino/a (segnalare eventuali condizioni fisiche o psichiche quali: handicap (allegare certificazione), allergie, altro.

_____

_____

Ha frequentato altri servizi per l'Infanzia? Sì ❑ No ❑

Se sì, quale? _____

Era in lista d'attesa nella Scuola dell'Infanzia Statale l'anno precedente e non è stato inserito?

Informazioni sul nucleo familiare

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare? Sì❑ No ❑

In caso di risposta negativa specificare la situazione (separazione , divorzio, decesso, carcerazione, altro) _____

ALTRI FIGLI:

anno dì nascita _____ scolarizzato Si ❑ Scuola: _____ No ❑
anno di nascita _____ scolarizzato Si ❑ Scuola: _____ No ❑
anno di nascita _____ scolarizzato Si ❑ Scuola: _____ No ❑
anno di nascita _____ scolarizzato Si ❑ Scuola: _____ No ❑

E' in corso una nuova gravidanza? No ❑ Si ❑ (allegare certificazione)

Se si, la nascita è prevista per il mese di _____

Tra i familiari conviventi o domiciliati nel comune di residenza vi é qualcuno che si trovi in stato di infermità grave o cronica, o necessiti di assistenza continua? No ❑

Sì ❑ (allegare certificazione)

L'eventuale assistenza è affidata alle istituzioni? Sì ❑ No ❑

Annotazioni aggiuntive

_____

_____

_____