

**SPAZIO BIMBI**

**CENTRI PER L'INFANZIA**



**Domanda di ammissione al  
Centro d'Infanzia  
SPAZIOBIMBI di  
Rossano Veneto**

**anno 2009/2010**

Riservato alla segreteria di Spaziobimbi:

**Numero progressivo presentazione**  
.....

**Data presentazione**  
...../...../2009

**Al Presidente dell'Associazione SPAZIOBIMBI**

Il/la sottoscritto/a .....residente in .....

via/piazza.....n°.....Tel.....

chiede l'ammissione al centro d'infanzia SPAZIOBIMBI del proprio figlio:

Nome ..... Cognome .....

Nato/a (luogo di nascita) ..... data di nascita .....

residente in.....via ..... n° .....

**Data inizio frequenza.....**

**FASCIA ORARIA RICHIESTA :**

FULL TIME

PART - TIME

**Segnalare l'orario di preferenza per l'ingresso e l'uscita:**

**INGRESSO ORE.....USCITA ORE.....**

**FIRMA.....**

**ALLEGARE:**

- 4 foto tessera del bambino
- modulo di iscrizione all'Associazione Spaziobimbi (solo per le nuove iscrizioni)

*Ai sensi della legge 675/96, la comunicazione dei dati personali viene intesa come manifestazione del consenso al trattamento degli stessi ai fini dell'attività dell'associazione.*

**FOGLIO NOTIZIE (da consegnare a inizio frequenza)**

Nome e cognome del bambino.....

nato a.....il.....

residente a.....via.....

codice fiscale.....

GRUPPO SANGUIGNO:.....

Numeri di telefono utili (casa e lavoro dei genitori, ev. cellulari):

.....  
.....  
.....  
.....

Padre:.....professione .....

Madre:..... professione .....

Fratelli (nome ed età): .....

.....

Nome e recapito del pediatra:.....

I genitori sono  conviventi  separati  divorziati

Nel caso di genitori separati o divorziati, chi esercita la potestà genitoriale? .....

Eventuali altre persone autorizzate dai genitori a ritirare il bambino (nome e cognome e relazione di parentela):

.....  
.....  
.....

Ha già frequentato un centro d'infanzia?  sì  no

Eventuali problemi di salute del bambino da segnalare:

.....  
.....  
.....

Il bambino deve assumere regolarmente farmaci ?  sì  no

Se sì, quali e in quali orari ?.....  
.....

Allergie a medicinali:.....  
.....

Eventuali intolleranze o problemi alimentari.....  
.....

Il bambino:

sa lavarsi da solo  sì  no  in parte

note:.....

sa mangiare da solo  sì  no  in parte

note:.....

usa il pannolino  sì  no  in parte

note:.....

Qual è il suo gioco preferito ?.....

Sta volentieri con i coetanei?.....

Ha qualche particolare paura ?.....

Dorme abitualmente nel pomeriggio e se sì, si addormenta da solo, vuole un giocattolo ecc. ? .....  
.....

Altre informazioni che la famiglia ritiene utile fornire:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*Ai sensi della legge 675/96, la comunicazione dei dati personali viene intesa come manifestazione del consenso al trattamento degli stessi ai fini dell'attività dell'associazione.*

- **(allegare 4 foto tessera)**