



AGRIASILO “Cascina Torrione”

Domanda di iscrizione

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____

CHIEDE

che _____ (nome e cognome del/la bambino/a)

venga iscritto/a all'Agriasilo per l'anno educativo _____ .

Dati del/la bambino/a

NOME _____ **COGNOME** _____

sexso nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ in via _____

Dati della madre

NOME _____ **COGNOME** _____

nata a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ C.F. _____

tel casa _____ tel lavoro _____

cell. _____ e-mail _____

Dati del padre

NOME _____ **COGNOME** _____

nata a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ C.F. _____

tel casa _____ tel lavoro _____

cell. _____ e-mail _____

Composizione del nucleo familiare

Madre Padre Figlio (per il quale si richiede l'iscrizione)

2° figlio - età: _____ 3° figlio - età: _____ 4° figlio - età: _____

Altre persone:

Fascia oraria per la quale si chiede l'iscrizione:

- Tempo pieno: dalle 7,30 alle 17.00
- Tempo pieno più post nido dalle 7,30 alle 18.30
- Part-time mattino: dalle 7,30 alle 13.30
- Part-time pomeriggio: dalle 13.00 alle 18.30

Il costo annuale di iscrizione comprensivo di assicurazione è di 100 €

È prevista una riduzione del 20% sulle successive rette per i fratelli

orario d'entrata:

- ore 7.30 – 8.00
- ore 8.00 – 8.30
- ore 8.30 – 9.00

orario di uscita:

- ore 13.00 - 13.30
- ore 16.00 - 16.30
- ore 16.30 - 17.00
- ore 17.00 - 17.30
- ore 17.30 - 18.00
- ore 18.00 - 18.30

Per chiamate urgenti contattare:

1. Nome: _____ - Telefono _____
2. Nome: _____ - Telefono _____
3. Nome: _____ - Telefono _____
4. Nome: _____ - Telefono _____

Autorizzazioni

Autorizzo il personale a svolgere brevi passeggiate al di fuori del nido: Sì NO

Adulti autorizzati ad accompagnare e prendere il bimbo:

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

(si allegano fotocopie delle carte di identità)

Informazioni utili sul bambino:

Pediatra curante: _____

Quali vaccinazioni ha effettuato?

Quali alimenti sono già stati introdotti nella dieta?

Usa il ciuccio? SÌ NO

Dorme al mattino? SÌ NO

Usa un oggetto transizionale per dormire? SÌ NO

Deve essere imboccato? SÌ NO

Sa usare il vasino? SÌ NO

Usa il pannolino durante la nanna? SÌ NO

Trascorre del tempo fuori dall'ambiente familiare con adulti di riferimento diversi dai genitori? SÌ NO

Se sì, con chi? _____

Eventuali allergie alimentari e non (allegare certificato medico):

Eventuali casi di allergie in famiglia:

Altre segnalazioni particolari:

I dati riportati saranno trattati per gli utilizzi e con le riserve previste dal d. lgs. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali".

Si autorizza il nido all'uso dei dati personali ai fini del servizio.

Rivarolo C.se, lì _____

FIRME dei genitori
