

DOMANDA DI AMMISSIONE
CENTRO INFANZIA ARNABOLDI

(P.F. scrivere in stampatello maiuscolo)

Dati del bambino:

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Attinenza _____ lingua madre _____

Permesso per stranieri _____ (allegare fotocopia)

N° AVS _____

Con chi vive il
bambino _____**Abitazione:**

Via _____ N. _____

NAP _____ Località _____

Telefono abitazione _____ cell. Madre _____

e-mail _____ cell. Padre _____

Genitori:**Padre**

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Nazionalità _____

Professione _____

Datore di lavoro _____

Telefono _____

Orario di lavoro _____

Madre

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Nazionalità _____

Professione _____

Datore di lavoro _____

Telefono _____

Orario di lavoro _____

Religione di appartenenza _____

Situazione familiare

Genitori

- Sposati
- Conviventi
- adottivi
- madre sola
padre solo
- presenza di nonni

Osservazioni: Cosa si aspetta la famiglia dal nido?

Situazione giuridica

- autorità parentale di entrambi i genitori
- autorità parentale del padre
- autorità parentale della madre
- autorità parentale di altre persone
- curatore
- tutore

Nome, Cognome e indirizzo del curatore o del tutore: _____

Fratelli

Cognome/nome

Data di nascita


In famiglia / presso.....


_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____




Altre persone che convivono nella famiglia: _____

Genogramma

Legenda:

maschio 

femmina 

tipo di legame:  ;  ;  .
corrente separato defunto

Ha già frequentato un nido o la scuola dell'infanzia ? sì no
 se sì dove ? _____

da quando e per quanto tempo? _____

È stato indirizzato al Centro infanzia Arnaboldi da:

- Conoscenti
- Pediatra
- Consultorio
- S.E.P.S.
- Ufficio dell'Aiuto e della Protezione settore famiglie e minorenni
- Servizio medico psicologico
- Altro _____

La famiglia percepisce sussidi: sì no

Se sì quali (specificare) _____

Motivo della domanda di ammissione:

Frequenza richiesta:

lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
Mattino <input type="checkbox"/>	Mattino <input type="checkbox"/>	Mattino <input type="checkbox"/>	Mattino <input type="checkbox"/>	Mattino <input type="checkbox"/>
Pomeriggio <input type="checkbox"/>	Pomeriggio <input type="checkbox"/>	Pomeriggio <input type="checkbox"/>	Pomeriggio <input type="checkbox"/>	Pomeriggio <input type="checkbox"/>

a cominciare da _____

Gli orari verranno concordati con la direzione al momento dell'accettazione della presente domanda.

Medici curanti del bambino (nome, cognome, indirizzo e N° telefonico):

Altri terapeuti che si occupano del bambino (nome, cognome, indirizzo e N° telefonico):

Il bambino ha bisogno di una presa a carico particolare (allergie, dieta, terapia, medicinali)?

Osservazioni

Cassa Malati: _____

Assicurazione Infortuni: _____

Responsabilità civile: _____

Luogo e data _____

Firma _____

Note bene:

La presente domanda di ammissione va indirizzata alla Direzione del Centro infanzia Arnaboldi – Via ai Ronchi 6 – 6900 Lugano. Essa è valida per riservare il posto nella lista di attesa. Seguirà la conferma della disponibilità del posto.

Al momento in cui è accolta la domanda, sarà fissato un appuntamento con la Direttrice per concordare i dettagli, rispondere alle eventuali domande e versare la quota d'iscrizione di Frs. 300,-