

**DOMANDA DI AMMISSIONE**  
**CENTRO INFANZIA ARNABOLDI**  
(P.F. scrivere in stampatello maiuscolo)

**Dati del bambino:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Permesso per stranieri \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia)

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.....

Cognome/nome	Data di nascita	In famiglia / presso.....
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Altre persone che convivono nella famiglia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Genogramma**

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,-