



CENTRO DELL'INFANZIA SAN LORENZO CARLO LIVIERO
Via XVI Marzo, 14 - 35020 Albignasego
Tel/ fax 049 8626875

segreteria@centroinfanziaroncon.com
coordinatrice@centroinfanziaroncon.com
www.centroinfanziasanlorenzocarloliviero.it

SCHEDA PERSONALE DI

Cognome _____ Nome _____

DATI PERSONALI DEL BAMBINO\DELLA BAMBINA

Nato\ a _____ il _____

O Maschio O Femmina

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

DATI PERSONALI DEL PADRE

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Professione _____ Sede di lavoro tel: _____

Orari di lavoro _____

N° telefono _____ E-Mail _____

DATI PERSONALI DELLA MADRE

Cognome e nome _____

Nata a _____ il _____

Professione _____ Sede di lavoro tel: _____

Orari di lavoro _____

N° telefono _____ E-Mail _____

DATI PERSONALI DI FRATELLI E SORELLE

Nome _____ Nato\ a il _____ frequenta la scuola _____

Nome _____ Nato\ a il _____ frequenta la scuola _____

Nome _____ Nato\ a il _____ frequenta la scuola _____

ALTRE PERSONE CHE SI OCCUPANO DEL BAMBINO

Nome _____ N° Tel.: _____

Nome _____ N° Tel.: _____

Nome _____ N° Tel.: _____

Il bambino è abituato a stare con altre persone oltre che con i genitori?

Sì

No

Il bambino usufruirà del pre-tempo (dalle ore 7,30 alle ore 8,30)?

Sì

No

Il bambino usufruirà del pre-tempo (dalle ore 8,00 alle ore 8,30)?

Sì

No

Il bambino usufruirà del post-tempo (dalle ore 16,00 alle ore 17,30)?

Sì

No

Pediatra di riferimento _____ N° Tel.: _____

E' stato\ a vaccinato\ a Sì No

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (Art. 18 Dlgs 196/2003 convertito con modifica della legge n° 45 del 2004).

Data _____

Firma _____

Firma _____