



Via Barletti, 42 - 16030 Casarza Ligure
Tel. Serena 347 7483209
C.F 90053910106

www.nidocasarzabubu.it bubusetete.nido@gmail.com
info@pec.nidocasarzabubu.it
[Facebook : Nido d'infanzia Bubu Settete](#)
ACCREDITATO DALLA REGIONE
ACCREDITATO INPS (voucher alla famiglie)

Scheda d'ingresso e accoglienza

Anno scolastico ____ / ____ Età in mesi __ Data di compilazione __ / __ / ____

Dati anagrafici del bambino

Nome Cognome

Data di nascita __ / __ / ____ Nato/a :

Residente a : Via/Viale/Corso/Piazza

..... n°

Cod. Fisc _____ (16 caratteri alfa-numeric)

Numeri di telefono utili alle educatrici

Numero telefono fisso

Cell. Mamma

Numero telefono fisso papà (se diverso)

Cell. Papà

Numero tel. E sede lavoro mamma

Numero tel. E sede lavoro papà

Altri numeri utili _____ Sig./ra

_____ Sig./ra

_____ Sig./ra

_____ Sig./ra

----- Sig./ra

Specificare a lato grado di parentela o affini

Indirizzo e-mail (facoltativo)

Composizione nucleo familiare

Mamma Papà

Compagno Compagna

Fratelli/Sorelle

Fratelli/Sorelle

Fratelli/Sorelle

Altre figure di riferimento non conviventi :

Nonni : *SI* ___ *NO* ___ *quanto tempo ?*

Zii/e : *SI* ___ *NO* ___ *quanto tempo ?*

Baby sitter : *SI* ___ *NO* ___ *quanto tempo ?*

Amici : *SI* ___ *NO* ___ *quanto tempo ?*

Vicini : *SI* ___ *NO* ___ *quanto tempo ?*

Abitudini legate al sonno

E' abituato a dormire da solo nel suo lettino o dorme ancora con i genitori ?

.....

Si addormenta da solo o va cullato in braccio o in altro modo?

.....

E' abituato a dormire al "buio" o con la luce ?

Dorme a metà mattina? Per quanto tempo ed in che orari ?

.....
.....
Usa un oggetto particolare per dormire?
Gli/le cantate una ninna nanna? quale ?
Se si sveglia durante il sonno chiede qualche cosa in particolare?.....
.....

Autonomia

Il vostro bambino/a usa il ciuccio? SI – NO
Sempre o solo in qualche momento della giornata?
.....
Sta spesso in braccio? SI – NO Con chi ?
E' attaccato a qualche oggetto in particolare?.....
Comunica spesso col sorriso e lo sguardo ? :
Chiama o piange se ha bisogno ? :
Prova ad emettere suoni per farsi capire ? :
Capisce le intenzioni ed il tono della voce dell'adulto ? :
Dice le prime parole ? in che lingua ? :
Capisce le comunicazioni verbali degli adulti? In che lingua ? :
.....
Vuole fare tutto da solo ? :
Ha paura delle novità e dei volti nuovi ? :
Quali giochi preferisce ? :
Ama stare all'aria aperta ? :

Ama cantare e ascoltare musica ? :

Quale ? :

Ama guardare le immagini e libri illustrati ? :

Ama ascoltare storie e racconti ?

Altri gusti :

Si consola con facilità?.....

Piange quando qualcuno si allontana ?

Usa pannolino?.....

Gioco e relazioni

Gli/le piacciono alcuni giochi in particolare?.....

Dove e con chi gioca abitualmente?.....

Gioca con altri bambini? SI - NO

Comunicazione

Si esprime verbalmente? SI / NO Bene ? SI / NO

Indica ciò che vuole?.....

In famiglia si parlano altre lingue e/o dialetti? SI / NO quali ?

Quale lingua viene usata prevalentemente?.....

Movimento e motricità

Sta seduto da solo? SI / NO

Cammina a carponi? SI / NO

Cammina da solo o vuole essere preso per mano?.....

A che età ha iniziato a camminare? __ mesi

Abitudini alimentari

Per mangiare usa il seggiolone? SI __ NO __

Mangia in braccio? SI __ NO __

Usa le seggioline da tavolo? SI ___ NO ___ Mangia al tavolo con gli adulti? SI ___ NO ___

Per bere usa il biberon? SI ___ NO ___ Usa il bicchiere? SI ___ NO ___

Sa masticare ? SI ___ NO ___

Mangia da solo ? SI ___ NO ___

Rifiuta alcuni cibi ? SI ___ NO ___ Quali ?

Ci sono degli alimenti che non sono ancora stati introdotti nella sua dieta ?

.....

.....

Segue una Dieta particolare? SI ___ (allegare copia Dieta) NO ___

Informazioni mediche

Il bambino è affetto da patologie e/o assume regolarmente farmaci? **ne e' permessa la somministrazione, SOLO ED ESCUSIVAMENTE, sotto prescrizione medica, di cui si allegnerà copia documentazione ed autorizzazione scritta della famiglia alla struttura che ne richiede copia debitamente firmata.**

NOME FARMACO:

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

ORARI , DOSI E METODO DI SOMMINISTRAZIONE :

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

Allergie alimentari documentate:

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

Intolleranze alimentari :

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

RICOVERI PRECEDENTI :

.....
.....

Altre informazioni utili

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

Casarza Ligure , li __ / __ / ____

Firma

Firma