



ISTITUTI RAGGRUPPATI  
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI  
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

## QUADERNO D'INSERIMENTO

NOME.....COGNOME.....

C.F. BAMBINO.....

DATA DI NASCITA.....

ETA' DELL'INSERIMENTO.....

DATA DI INIZIO INSERIMENTO.....

ORARIO DI FREQUENZA.....

TEL.CASA.....

TEL. UFFICIO.....

CELL.MAMMA.....

CELL.PAPA'.....

ALTRI NUMERI UTILI.....

.....

.....

### NUCLEO FAMILIARE

#### MADRE:

NOME.....

CF. ....

EMAIL.....



ISTITUTI RAGGRUPPATI  
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI  
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

ETA' .....

STUDI.....

PROFESSIONE.....

RAPPORTI QUOTIDIANI CON IL BAMBINO/A.....

.....

PADRE:

NOME.....

CF. ....

EMAIL.....

ETA' .....

STUDI.....

PROFESSIONE.....

RAPPORTI QUOTIDIANI CON IL BAMBINO/A.....

.....

FRATELLI / SORELLE:

NOME.....

ETA' .....

RAPPORTI QUOTIDIANI CON IL BAMBINO/A.....

.....



ISTITUTI RAGGRUPPATI  
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI  
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

NOME.....

ETA'.....

RAPPORTI QUOTIDIANI CON IL BAMBINO/A.....

.....

NOME.....

ETA'.....

RAPPORTI QUOTIDIANI CON IL BAMBINO/A.....

.....

ALTRE FIGURE DI RIFERIMENTO:

NOME.....

ETA'.....

GRADO DI

PARENTELA.....

STUDI.....

PROFESSIONE.....

QUANDO INTERAGISCE CON IL BAMBINO.....

.....

COSA FA CON IL BAMBINO.....

.....

NOME.....



ISTITUTI RAGGRUPPATI  
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI  
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

ETA' .....

GRADO DI  
PARENTELA.....

STUDI.....

PROFESSIONE.....

QUANDO INTERAGISCE CON IL BAMBINO.....

.....

COSA FA CON IL BAMBINO.....

.....

#### AMBIENTE DOMESTICO

ARTICOLAZIONE DEGLI AMBIENTI E DEGLI SPAZI IN GENERALE CON RIFERIMENTO AGLI  
SPAZI DEI BAMBINI E AL TIPO DI GIOCHI PRESENTI

.....

.....

.....

RAPPORTO DEL BAMBINO/A CON LO SPAZIO E GLI OGGETTI

.....

.....

.....

#### ABITUDINI QUOTIDIANE

ADDORMENTAMENTO, SONNO E RISVEGLIO (DOVE, QUANDO, CON CHI DOVE...)



ISTITUTI RAGGRUPPATI  
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI  
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

.....  
.....

CURE FISICHE E CAMBIO ( DOVE, QUANDO, CON CHI...)

.....  
.....

ALIMENTAZIONE ( DOVE, QUANDO, CON CHI...)

.....  
.....

ALLERGIE ED INTOLLERANZE

.....  
.....

INFORMAZIONI SULLA SALUTE (INTERVENTI, CICATRICI, FARMACI)

.....  
.....

MALATTIE FAMILIARI (CONVULSIONI FEBBRILI, EPILESSIA)

.....  
.....



ISTITUTI RAGGRUPPATI  
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI  
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

AUTONOMIA

.....  
.....

GIOCO

.....  
.....

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

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

FIRMA GENITORE

FIRMA EDUCATRICE DI RIFERIMENTO