

DOMANDA ISCRIZIONE ASILO NIDO BABY BIRBA

ANNO SCOLASTICO _____

NOME DEL/LA BAMBINO /A _____

NATO /A _____ IL _____

FIGLIO UNICO SI NO NOMI DEI FRATELLI E/O SORELLE _____

MADRE

NOME _____ COGNOME _____ NATA A _____ IL _____

PROFESSIONE SVOLTA _____

PADRE

NOME _____ COGNOME _____ NATO A _____ IL _____

PROFESSIONE SVOLTA _____

CODICE FISCALE DEL GENITORE CHE EFFETTUA LA SPESA DELLA RETTA DEL NIDO

INDIRIZZO ABITAZIONE

RECAPITI TELEFONICI

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

E-mail _____

IL/LA BAMBINO/A E' STATO SOTTOPOSTO ALLE VACCINAZIONI? _____

NECESSITA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI "SALVA VITA"? _____

PROBLEMI DI SALUTE RILEVANTI

DATA _____ FIRMA _____