



**Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VIA DEI SALICI"**

Via A. Robino 25/A – 20025 Legnano

Tel: 0331 541316 Fax: 0331 458476

**Cod.mec.MIIC85500G – C.F- 84003710153**

**e-mail: [segreteria@icsviadeisalici.it](mailto:segreteria@icsviadeisalici.it) e-mail:**

**[miic85500g@istruzione.it](mailto:miic85500g@istruzione.it)**



**SCUOLA DELL'INFANZIA "COLLODI" Anno Scolastico 2020/2021**

**SCHEDA INFORMATIVA NUOVI ISCRITTI**

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

Maschio o Femmina \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ numero cellulare \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ numero cellulare \_\_\_\_\_

È disponibile a scaglionare l'inserimento, ossia ad iniziare la scuola nei giorni successivi al 5 settembre in

base alle sue esigenze lavorative?  SÌ  NO

Ha frequentato l'asilo nido?  SÌ  NO

Ha frequentato un'altra scuola dell'infanzia?  
(per i bambini di 4 e/o 5 anni)  SÌ  NO

Il suo bambino /a possiede le seguenti autonomie?

- Controllo sfinterico  SÌ  NO
- Mangia da solo/a  SÌ  NO
- Si veste da solo/a  SÌ  NO
- Si lava da solo/a  SÌ  NO

Soffre di malattie /allergie particolari?  SÌ  NO

(Se sì, quali?)

SÌ  NO

SÌ

SÌ

Assume farmaci salvavita?

Ha convulsioni febbrili?

NO

È stato ospedalizzato?

NO

Con quali persone passa più tempo in assenza dei genitori?

---

In base all'età si esprime correttamente?

SI

NO

Parla italiano? (Per gli stranieri)

SI

NO

È abituato al sonno pomeridiano? (per i 3 anni)

SI

NO

Come reagisce al NO?

---

---

Quali giochi predilige? \_\_\_\_\_

---

---

N.B.: È possibile esprimere la preferenza per una sezione frequentata da un fratello/sorella in passato

---