

Modulo raccolta dati per l'espletamento dei servizi di asilo nido
ANNO EDUCATIVO 20____-20____

A cura del PERSONALE DI SEZIONE

ASILO _____ SEZIONE _____

In caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si incorre nelle sanzioni penali previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445. Ai sensi dell'articolo 11 del D.P.R. n. 403 del 20.10.1998 l'Amministrazione procederà ad opportuni controlli a campione a seguito dei quali il dichiarante potrebbe incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Dati anagrafici del bambino/a

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A A _____ IL _____ / _____ / _____

NAZIONALITA' _____

CODICE FISCALE DEL
BAMBINO/A _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

VIA _____ N° _____

RECAPITO TELEFONICO DI
CASA _____

E-MAIL _____

Orario del nido: dalle ore 8.00 alle ore 16.30 dal lunedì al venerdì.

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE

[Digitare qui]

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA VIA _____ N. _____ Comune _____

RECAPITI TELEFONICI:

CELL _____ CASA _____ LAVORO _____

PROFESSIONE _____

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE:

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA VIA _____ N. _____ Comune _____

RECAPITI TELEFONICI:

CELL _____ CASA _____ LAVORO _____

PROFESSIONE _____

ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____ PARENTELA _____

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____ PARENTELA _____

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____ PARENTELA _____

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____ PARENTELA _____

STATO CIVILE DEI GENITORI del bambino per cui si richiede l'iscrizione:

☐ Coniugati

[Digitare qui]

- ☐ Conviventi
- ☐ Vedova /o
- ☐ Nubile/celibe
- ☐ Divorziata/o
- ☐ Legalmente separata/o
- ☐ Ha presentato istanza di separazione

In tali ultimi casi entrambi i genitori devono produrre autocertificazione ai sensi del D.P.R.445/2000 in cui dichiarano il regime giuridico di affidamento dei figli con indicazione dei relativi obblighi a loro attribuiti.

INFORMAZIONI SANITARIE

Medico di base del bambino: Dott.

Recapiti
telefonici _____

Il bambino presenta allergie a farmaci o altro?

SI	NO	In caso affermativo si prega allegare il Certificato del Pediatra.
----	----	--

Il bambino presenta allergie o intolleranze alimentari o altro?

SI	NO	In caso affermativo si prega allegare il Certificato del Pediatra.
----	----	--

Il bambino presenta particolari problemi di salute documentati?

SI	NO	In caso affermativo si prega di allegare il Certificato del Pediatra.
----	----	---

Il bambino presenta eventuali situazioni di handicap?

NO	
SI	(Handicap certificato) allegare certificato.

[Digitare qui]

SI	(Handicap in fase di certificazione)
SI	(Handicap non certificato)

Il bambino in situazioni di handicap è seguito dalle seguenti figure professionali:

Fisioterapista Dott.		Struttura di appartenenza	
Logopedista Dott.		Struttura di appartenenza	
Psicologo Dott.		Struttura di appartenenza	
Neuropsichiatra Dott.		Struttura di appartenenza	
Psicomotricista Dott.		Struttura di appartenenza	
Altro		Struttura di appartenenza	
Altro		Struttura di appartenenza	

Il bambino è seguito dai servizi sociali del territorio?

NO		
SI	Assistente Sociale Dott.	

PASTI SPECIALI

I genitori possono chiedere per il proprio figlio un **pasto speciale** rispetto al menù ordinario per motivi religiosi, etici e/o per altri motivi certificati dal pediatra di base, attraverso la compilazione dei moduli di seguito allegati relativi alla richiesta diete speciali (**Allegato A**).

DIETA DEI PICCOLI

I genitori dei Piccoli sono invitati a compilare il modulo di cui **Allegato B** relativo all'inserimento degli alimenti nella dieta dei propri bambini.

(Procedura Pasti Speciali)

Al Coordinamento

[Digitare qui]

Del Servizio Asili Nido

Il sottoscritto _____,
genitore dell'alunno _____
tel. _____, frequentante la sezione _____ del nido _____
preso atto della possibilità di avvalersi del servizio diete speciali nella refezione asili nido comunale

CHIEDE

di poter usufruire della dieta alimentare descritta in allegato per motivi

- Religiosi o etici : (citare gli alimenti non consentiti)

- _____
- Sanitari (come da certificazione medica allegata).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali prodotta in conformità all'articolo 13 del D. Lgs. 196/03 e di averla sottoscritta per l'autorizzazione al trattamento dei dati secondo le modalità specificate.

Ciampino, _____,

Firma del genitore

Firma per ricevuta del Coordinamento

Ciampino, _____

**Al Coordinamento
del Servizio Asili Nido**

[Digitare qui]

MODULO DI SOTTOSCRIZIONE PER LE FAMIGLIE RELATIVO AGLI ALIMENTI INTRODOTTI NELLA DIETA DEI PICCOLI

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A

	MELA		LENTICCHIE
	PERA		CECI
	BANANA		POLLO
	ARANCIA		TACCHINO
	LIMONE		CONIGLIO (SOLO OMOG.)
	ALBICOCCA		VITELLO
	MELONE		MANZO
	PATATA		PROSCIUTTO COTTO
	CAROTA CAVOLFOIRE		FESA DI TACCHINO
	ZUCCHINA		MERLUZZO PLATESSA
	SEDANO		PARMIGIANO
	CIPOLLA AGLIO		PHILADELPHIA
	ZUCCA		ROBIOLA RICOTTA
	FINOCCHI		LATTEMATERO CON PROCEDURA LATTE IN POLVERE APTAMIL 1 E/O 2 DI PROSEGUIMENTO LATTE UHT INTERO
	BROCCOLI		LATTE SPECIALE SOLO CON CERTIFICATO MEDICO
	SPINACI		YOUGURT
	BIETA		PASTINA
	POMODORO		RISO
	CREMA DI RISO		UOVO
	CREMA DI MAIS E TAPIOCA		
	PISELLI		
	FAGIOLI		

FIRMA DEL GENTORE

Ciampino,

[Digitare qui]

QUESTIONARIO PER L'INSERIMENTO ALL' ASILO

ANNO EDUCATIVO _____ SEZIONE _____

Primo giorno d'inserimento: _____;

Il/La bambino/a: _____ anni _____ mesi _____;

Composizione del gruppo di appartenenza al nido: Gruppo di nuova formazione ☐ Proseguo ☐

Il/La bambino/a è:

- Primogenito;
- Secondogenito;
- Gemello.

Le esperienze di separazione già vissute dal/la bambino/a e le sue reazioni:

- Nel contesto familiare

- Fuori il contesto familiare

Cambiamenti significativi avvenuti entro i sei mesi appena trascorsi:

- Trasloco
- Nuova gravidanza
- Ospedalizzazione dell'utente
- Ospedalizzazione di un genitore

[Digitare qui]

- Separazione dei genitori
- Nascita fratello/sorella
- Lutto in famiglia
- Genitore che viaggia.

Quando il/la bambino/a piange, come si consola?

- Con il ciuccio;
- In braccio;
- Tocca i capelli all'adulto;
- Viene cullato nel passeggino;
- Viene "distratto" con giochi;
- Viene "distratto" con il cibo;
- Viene lasciato piangere, fino a che non si calma.

MOMENTO DEL CAMBIO E ABITUDINI IGIENICO-SANITARIE

- Porta il pannolino? Si No
- Ha raggiunto il controllo sfinterico? Si No
- Da quanto tempo ha tolto il pannolino di giorno?

- Ha tolto il pannolino la notte? Si No
- Se ha tolto il pannolino la notte, da quanto tempo?

- Usa il water? Si No
- Usa il water con il riduttore? Si No
- Usa il vasino? Si No
- Si lascia cambiare in posizione supina, sul fasciatoio? Si No
- Gli piace essere lavato? Si No
- Usate regolarmente una crema per ogni cambio di pannolino? Si No
- Si lascia lavare il viso? Si No
- Si lava i denti? Si No
- Si lascia pettinare? Si No

LE ABITUDINI ALIMENTARI

- Il/la bambino/a manifesta il desiderio di mangiare? Si No
- Con chi mangia? Mamma Papà Altro
- Dove mangia? Passeggino- seggiolone- in braccio-seggiolone da tavola- in movimento- altro
- Come mangia? Guardando la tv-cellulare e/o Ipad-mentre gioca-altro
- Preferisce i cibi dolci? Si No
- Preferisce i cibi salati? Si No

[Digitare qui]

- Manifesta difficoltà nel mangiare? Rifiuto-pianto-altro
- Accenna alla masticazione? Si No
- Mastica correttamente? Si No

IL PASTO

- Mangia il piatto unico da lattante? Si No
- Mangia il piatto unico a pezzetti? Si No
- Mangia separato (primo e secondo)? Si No
- Cerca di mangiare da solo? Si No
- Mangia con le mani? Si No
- Usa le posate? Si No
- Gioca con il cibo? Si No
- Beve da solo? Si No
- Beve con il biberon? Si No
- Beve con il bicchiere a beccuccio? Si No
- Beve con il cucchiaino? Si No
- Beve con il bicchiere? Si No

IL SONNO

Manifesta il bisogno di dormire? Si No (se Si specificare il come)

- Si tocca le orecchie
- Si stropiccia gli occhi
- Si tocca i capelli
- Piange
- Vuole essere preso in braccio
- Tocca le orecchie all'adulto che lo culla
- Tocca i capelli all'adulto che lo culla
- Altro _____

Dove si addormenta?

- In braccio? Si No
- Nel passeggino? Si No
- Nel seggiolone? Si No
- Nel suo lettino? Si No
- Nel letto matrimoniale? Si No
- Mentre ciuccia dal seno? Si No
- Dorme solo in macchina? Si No

[Digitare qui]

- Altro _____

Con cosa si addormenta?

- Con il ciuccio;
- Con il biberon;
- Con il seno;
- Con un pupazzo;
- Con una copertina/lenzuolino
- Altro _____

Chi lo addormenta?

- Mamma
- Papà
- Nonno/a
- Baby sitter
- Da solo
- Altro _____

- A che ora si addormenta la sera?

- Quante ore dorme continuativamente?

- Se si sveglia piange? Si No
- Viene cullato? Si No
- Viene lasciato piangere? Si No
- Si riaddormenta da solo? Si No
- Rimane sveglio nel lettino senza piangere? Si No
- Altro _____

- La mattina dorme? Si No (se Si specificare quanto)
- Meno di un'ora
- Più di un'ora
- Oltre due ore
- Altro _____

- Il pomeriggio dorme? Si No (se Si specificare quanto)

[Digitare qui]

- Meno di un'ora
- Più di un'ora
- Oltre due ore
- Altro _____

MOTRICITA' GROSSOLANA

Come si muove?

- Rotola
- Striscia
- Gattona
- Mantiene la posizione seduta
- Si sposta da seduto
- Si alza in piedi con l'aiuto di un adulto
- Si alza in piedi appoggiato ad un supporto
- Cammina
- Sale le scale
- Scende le scale
- Corre
- Salta

Com'è il tono del movimento?

- Fluido
- Rigido
- Insicuro
- Traballante

LA COMUNICAZIONE

Come comunica?

- Con lo sguardo
- Sorridendo
- Vocalizzando
- Con la mimica facciale
- Con la parola
- Elabora frasi brevi con 2/3 parole comprensibili
- Altro _____

[Digitare qui]

Informativa ex artt. 3 e 14 GDPR

Ai sensi della Carta de Servizi- Asili Nido- l' Azienda Servizi Pubblici S.p.A. svolge le attività afferenti al servizio descritto affidatole dal Comune di Ciampino. Pertanto, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, il Comune è qualificabile come Titolare del trattamento, mentre Azienda Servizi Pubblici S.p.A. tratta i dati personali degli utenti per conto del Comune, in qualità di responsabile del trattamento come dall'Ente nominata.

Sia il Titolare che il Responsabile del Trattamento hanno provveduto alla nomina di un Responsabile per la Protezione dei dati, i cui recapiti sono consultabili nella Sezione Privacy dei rispettivi siti web istituzionali nonché' nella specifica Informativa estesa pubblicata sul Sito di ASP Spa Ciampino.

Si dichiara quindi di aver preso visione dell'”informativa privacy” disponibile sul sito web del Comune di Ciampino nell'apposita sezione

Ciampino, _____

In fede

(Il Genitore)

(Il Genitore)

[Digitare qui]

[Digitare qui]

A.S.P. Azienda Servizi Pubblici S.p.A.
Società ad intero capitale pubblico soggetta a controllo e coordinamento del Comune di Ciampino
Largo Felice Armati n° 1 – 00043 Ciampino (RM)
Tel.-Fax: 06-79069300-79069324 P.I.-C.F.: 02315031001 - www.asp-spaciampino.it
azeiendaservizipubblicispa@legalmail.it