

Cari genitori di.....

per meglio accogliere vostra/o figlia/o al nido abbiamo bisogno di sapere da voi alcune notizie sul suo stato di salute; potrete riempire da soli questo modulo o, in caso di difficoltà, farvi aiutare dal vostro Pediatra di Famiglia.

Data di nascita .....

**Allattamento:**

- Materno                      No    Si    fino al ..... mese
- Misto                         No    Si    fino al ..... mese
- Artificiale                  No    Si    dal ..... mese

**Attualmente quali alimenti avete introdotto nella dieta:**

Frutta    Verdure    Cereali    Legumi    Carne    Formaggio    Pesce    Uova

.....

**E' mai stata/o ricoverata/o in ospedale**    Si    No

Se si, perché.....

.....

**Vaccinazioni effettuate**

	mesi di età				entro 3 anni
	3	5	11-12	12-15	

**Ci sono attualmente particolari problemi di salute ?**    Si    NO

Se si, rivolgetevi al vostro Pediatra di Famiglia che vi fornirà tutte le certificazioni utili per una adeguata accoglienza al nido

**Il Pediatra di Famiglia è il Dott./ssa** .....

Telefono di studio .....                      Cellulare .....

Indirizzo .....

Firma dei genitori .....

Data .....