

*DISTRETTO SANITARIO DI BASE N.....*

**SCHEDA FREQUENZA ASILI NIDO**

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

Nato a..... il.....

**DATI ANAMESTICI**

– Problemi di accrescimento SI  NO

specificare.....  
.....  
.....

– Disturbo del comportamento sonno SI  NO   
alimentazione SI  NO   
spasmi affettivi SI  NO

– Eventi patologici di particolare importanza

specificare.....  
.....  
.....

– Diete speciali

specificare.....  
.....  
.....

il bambino/a non presenta sintomi di malattie trasmissibili ed è pertanto idoneo/a alla frequenza del Nido.

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

Data.....