



Ministero dell' Istruzione e del Merito

## ISTITUTO COMPRESIVO 1° "D'ACQUISTO-LEONE"

VIA INDIPENDENZA, 1 – 80038 POMIGLIANO D'ARCO

Distretto n° 31 – C. F. 93076670632 – C. M. NAIC8G1003

Telefono e fax 081/3177304 – e mail [NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT](mailto:NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT)

Sito Web: [www.ic1dacquistoleone.edu.it](http://www.ic1dacquistoleone.edu.it) - postacertificata: NAIC8G1003@pec.istruzione.it

### QUESTIONARIO CONOSCITIVO IN ENTRATA

Vi chiediamo di compilare il seguente questionario di ingresso: ci aiuterà a conoscere meglio il/la vostro/a figlio/a al fine di predisporre un'accoglienza personalizzata e adeguata alle reali esigenze di ognuno. Grazie

Le insegnanti

#### DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

MASCHIO  FEMMINA

Scelta dell'insegnamento della Religione Cattolica

SI'

NO

#### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

##### Genitore 1

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

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

##### Genitore 2

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

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

##### Fratelli e Sorelle

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Altri componenti del nucleo

familiare \_\_\_\_\_

Altre persone che si occupano dell'alunno/a

---

---

---

<b>INFORMAZIONI AGGIUNTIVE</b>	
Segnalare eventuali malattie gravi (convulsioni, epilessia...)	<input type="checkbox"/> Si - Quali? <hr/> <input type="checkbox"/> No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
Allergie accertate clinicamente o diete etico-religiose	<input type="checkbox"/> Si - Quali? <hr/> <input type="checkbox"/> No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
E' attualmente seguito da specialisti (Se sì, indicare quali e presso quale servizio)	<input type="checkbox"/> Si - Quali? <hr/> <input type="checkbox"/> No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
Vi sono aspetti riguardanti l'alunno/a dei quali è necessario informare le insegnanti?	<input type="checkbox"/> Si Quali? <hr/> <input type="checkbox"/> No

Data -----

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si informa che i dati personali raccolti saranno utilizzati solo dal personale scolastico dell'Istituto Comprensivo **UNICAMENTE PER FINALITÀ DIDATTICO/ORGANIZZATIVE** e, pertanto, destinati ad un uso interno all'istituzione scolastica.