

<h1>PRE-TEST</h1>		
		

INTERVISTATORE: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	DATA INDAGINE: _____ SCHEDA N° _____
---	---

DATI RELATIVI AL BAMBINO:	
DATA DI NASCITA : _____	SESSO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
COMUNE DI RESIDENZA: _____	
ORDINE DI NASCITA DEL BAMBINO: _____	
ATTUALMENTE FREQUENTA L'ASILO NIDO? : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DATI RELATIVI AI GENITORI:		N° TELEFONO:	
MADRE: ETA' : _____	PADRE: ETA' : _____		
NAZIONALITA' : <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	NAZIONALITA' : <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		
TITOLO DI STUDIO: _____	TITOLO DI STUDIO: _____		
ATTUALMENTE LAVORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROFESSIONE: _____	ATTUALMENTE LAVORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROFESSIONE: _____		

COMMENTO DELL'INTERVISTATORE:
RIFIUTA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO : <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
MOTIVO DEL RIFIUTO _____
ACCOMPAGNATORE DEL BAMBINO ALLA VACCINAZIONE:
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> NONNO/A <input type="checkbox"/> ALTRO _____