
Questionario nuovi iscritti

| BAMBINO/A | |
|--|--|
| cognome | |
| nome | |
| luogo di nascita | |
| data di nascita | |
| residenza | |
| telefono casa | |
| MADRE | |
| cognome | |
| nome | |
| recapito telefonico | |
| indirizzo mail | |
| PADRE | |
| cognome | |
| nome | |
| recapito telefonico | |
| indirizzo mail | |
| FRATELLI - SORELLE | |
| nome | |
| età | |
| scuola frequentata | |
| nome | |
| età | |
| scuola frequentata | |
| nome | |
| età | |
| scuola frequentata | |
| ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE - RECAPITI TELEFONICI | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| SALUTE | |
| Bambino/a prematuro/a? | |
| Ha particolari disturbi o allergie o intolleranze alimentari o.....di cui è bene che sia informata la scuola? (ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO) | |
| | |
| | |
| Ha particolari patologie di cui è bene che sia informata la scuola? | |
| | |
| | |
| AUTONOMIA | |
| Mangia e beve da solo/a? | |
| Va in bagno da solo/a? | |
| VITA DI RELAZIONE | |
| Ha frequentato il nido? Dove e per quanto tempo? | |
| | |

| | |
|--------------------------|--|
| NOTE DEI GENITORI | |
| | |
| | |
| | |
| | |

data di compilazione:.....

In fede

.....