



**FantaSylandia**  
*Nursery - kindergarten - Educational Farm*

Via Agrolatino 36/A Labico 00030 RM,  
0695185524, info@scuolafantasylandia.it

## **SCHEDA PERSONALE**

### **ANAGRAFICA:**

NOME E COGNOME BIMBO/A:

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA:

.....

### **COME È COMPOSTA LA FAMIGLIA:**

NOME E COGNOME DEI GENITORI:

.....

.....

SPECIFICARE STATO DI FAMIGLIA (separati, monogenitoriale, ecc)

.....

RECAPITI TELEFONICI:

.....

RECAPITI PER URGENZE:

.....



**FantaSylandia**  
*Nursery - kindergarten - Educational Farm*

Via Agrolatino 36/A Labico 00030 RM,  
0695185524, info@scuolafantasylandia.it

**NOTIZIE RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE:**

IL SUO RAPPORTO CON IL CIBO:

.....  
.  
.....

COSA MANGIA (inserire tutti gli alimenti che non ha mai mangiato, oppure se in fase di svezzamento, inserire SOLO quello che ha già assaggiato e mangiato) :

.....  
.....  
.....  
.....

COME MANGIA:

.....  
.....  
.....

SOFFRE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI? (inserire anche sospette allergie a qualche alimento) :

.....  
.....

(ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO)



**FantaSylandia**  
*Nursery - kindergarten - Educational Farm*

Via Agrolatino 36/A Labico 00030 RM,  
0695185524, info@scuolafantasylandia.it

**NOTIZIE RELATIVE AL SONNO:**

COME SI ADDORMENTA:

.....  
.....  
.....

COME DORME:

.....  
.....  
.....

QUANDO DORME:

.....  
.....

USA IL CIUCCIO PER DORMIRE O ALTRO?:

.....



**FantaSylandia**  
*Nursery - kindergarten - Educational Farm*

Via Agrolatino 36/A Labico 00030 RM,  
0695185524, info@scuolafantasylandia.it

**NOTIZIE RELATIVE AL SUO MODO DI GIOCARE E DI COMUNICARE:**

IL SUO GIOCO PREFERITO:

.....

CON CHI GIOCA:

.....

.....

COME SI ESPRIME NEL GIOCO:

.....

.....

IL SUO MODO DI COMUNICARE:

.....

.....

IL BAMBINO PRESENTA PAURE PARTICOLARI:

.....

.....



**FantaSylandia**  
*Nursery - kindergarten - Educational Farm*

Via Agrolatino 36/A Labico 00030 RM,  
0695185524, info@scuolafantasylandia.it

**MAMMA, AIUTACI ANCORA:**

A QUANTE SETTIMANE HA PARTORITO?:

.....

HA AVUTO PATOLOGIE DURANTE LA GRAVIDANZA?: SE SI QUALI.

.....

.....

CON CHI PASSA LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO IL BAMBINO?:

.....

.....

SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA?: SE SI QUALE.

.....

.....

IL BAMBINO SOFFRE DI QUALCHE ALLERGIA?

.....

.....

HA AVUTO MALATTIA/ E INFETTIVA/E?:

.....

.....

(ALLEGARE FOTOCOPIA LIBRETTO VACCINALE E CERTIFICATO MEDICO DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE)

Labico,

Firma