
Questionario nuovi iscritti

BAMBINO/A:

Cognome Nome

Nato/a a il

Residente in via

recapiti telefonici:

Abitazione.....

Cellulare madre.....

Cellulare padre.....

Nonni.....

E-mail.....

PADRE:

Cognome Nome

Nato a il

Titolo di studio

Professione

Sede di lavoro

Orari di lavoro.....

MADRE:

Cognome Nome

nata a il

Titolo di studio

Professione

Sede di lavoro

Orari di lavoro.....

FRATELLI E SORELLE:

Nome età.....

Nome età.....

Nome età.....

ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE:

ENTRATA ANTICIPATA (dalle 07.30 alle 08.00)

SI' NO

USCITA POSTICIPATA (dalle 15.45 alle 18.00)

SI' NO

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Vi chiediamo di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del/la Vostro/a bambino/a: queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento e la frequenza scolastica. Grazie!

-Il bambino ha frequentato l'asilo nido? SI' NO

-Se si', come ha vissuto l'esperienza?.....
.....

-Rimane spesso con i nonni, la babysitter o altre persone? SI' NO

-Se si, con chi?.....

-Esiste un legame più stretto con uno dei genitori? SI' NO

-Se si, con chi dei due?.....

Autonomia personale

-A quale età ha cominciato a camminare?

-Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno? SI' NO

-Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno? SI' NO

-Va in bagno da solo? SI' NO

-Richiede particolari attenzioni da parte dell'adulto per i propri bisogni? SI' NO

-Se si, in quali momenti?.....

Alimentazione

-Com'è il suo rapporto col cibo?

-Ci sono cibi che non gradisce? SI' NO

-Se si, quali?

-Ha allergie? SI' NO

-Se si, quali?.....

-Ha intolleranze alimentari? SI' NO

-Se si, quali?.....

-Rimane seduto a tavola quando mangia? SI' NO

-Usa le posate autonomamente? SI' NO

-Vi sono aspetti riguardanti l'alimentazione o la salute del bambino dei quali ritenete opportuno informare le insegnanti?

Riposo

-E' abituato a dormire nel pomeriggio? SI' NO

-Utilizza il "ciuccio" o altri oggetti particolari? SI' NO

-Se sì, quali?

.....

-Abitualmente dorme da solo o con altri?

-Si addormenta da solo? SI' NO

Vita affettiva e relazionale

-Quali giochi predilige?

.....

-Preferisce giocare da solo? SI' NO

-Con chi preferisce giocare?

-Fa amicizia facilmente? SI' NO

-Si incontra con altri bambini nel tempo libero? SI' NO

-Preferisce giochi sedentari o di movimento?

-Quali?

-Affronta giochi o movimenti rischiosi? SI' NO

-Come usa i propri giocattoli (li cura, li conserva, li mette in comune con gli altri...)?

-Il bambino è capace di cedere o cerca di imporre la sua volontà?.....

.....

-Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino?(ad esempio: ascolto, contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazioni ecc.)

.....

.....

-Come reagisce di fronte a persone, situazioni, ambienti nuovi?.....

.....

.....

Bambini di altra nazionalità

Nazionalità del bambino/a :

Che lingua si parla in famiglia ?

Il bambino comprende la lingua italiana? SI' NO

Il bambino/a parla la lingua italiana ? SI' NO

Aiutateci ancora

Indicate ciò che ritenete opportuno rispetto ai seguenti punti:

-Com'è la salute del vostro bambino/a?

-Ha delle paure? SI' NO

-Se si:

• quali?.....
.....

• viene assicurato? SI' NO

• se si, come?.....
.....
.....

-E' autonomo? SI' NO

-Cosa sa fare?.....

-A quale età ha cominciato a parlare?.....

-Ci sono mai state difficoltà di linguaggio? SI' NO

-Se si, quali?.....
.....

-Esprime chiaramente i suoi bisogni verbalmente o utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità?.....
.....

-Come vi aspettate che affronterà l'inserimento alla scuola dell'infanzia?

-Come pensate di vivere l'inserimento di vostro figlio alla scuola dell'infanzia?.....
.....
.....

data di compilazione:.....

In fede

.....