

Questionario d'ingresso per i bambini nuovi iscritti

(San Martino Siccomario)

DATI PERSONALI DEL/LA BAMBINO/A

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____
Via _____ Tel _____

CONTESTO FAMILIARE

Padre _____ luogo e data di nascita _____
Sede e orario di lavoro _____
Recapiti tel _____

Madre _____ luogo e data di nascita _____
Sede e orario di lavoro _____
Recapiti tel _____

Fratelli/sorelle

Nome _____ luogo e data di nascita _____
scuola frequentata _____
Nome _____ luogo e data di nascita _____
scuola frequentata _____
Nome _____ luogo e data di nascita _____
scuola frequentata _____

Eventuali altre figure parentali conviventi _____

Per i recapiti telefonici importanti si raccomanda di compilare il foglio allegato al termine del questionario

SALUTE DEL BAMBINO

Eventuali malattie o disturbi sofferti (compresa la nascita) _____

Eventuali paure e stati d'ansia _____

Eventuali ricoveri ospedalieri (età, motivo) _____

Assume regolarmente farmaci? _____

ALIMENTAZIONE

Il bambino mangia:

() poco _____

() molto _____

() in maniera regolare _____

Mangia da solo? _____

Usa le posate? _____

Ha problemi di alimentazione? (allergie, intolleranze, abitudini particolari, rifiuti, ecc.) _____

SONNO

Dorme nel suo lettino? _____ nella sua cameretta? _____

Dorme con la luce o con il buio? _____

Il ritmo del sonno è regolare o interrotto da fattori quali paure o altro? _____

Tiene un gioco o altro a letto con sé? _____

Fa regolarmente il sonnellino pomeridiano? _____

AUTONOMIA PERSONALE

Tenta di vestirsi da solo? _____

Va in bagno da solo? _____

Ha problemi rispetto ai propri bisogni fisiologici? _____

Quando gioca è preoccupato di sporcarsi? _____

Utilizza il pannolino? _____

VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE

Con chi trascorre la maggior parte del tempo? _____

Oltre ai genitori, vi sono altri adulti che si occupano del bambino? _____

Quali atteggiamenti ha nei confronti delle persone estranee? _____

Sta volentieri con i coetanei? _____

E con bambini di età diverse? _____

Ha frequentato il nido/la scuola d'infanzia? _____

Conosce bambini che frequentano questa scuola d'infanzia? _____

Il bambino preferisce giochi tranquilli o di movimento? _____

E in particolare quali? _____

Come usa i propri giocattoli? (li rispetta, li riordina, li condivide con gli altri, ...) _____

Preferisce giocare da solo, con mamma, papà, con fratelli/sorelle? _____

Quanto tempo passa davanti alla televisione e ai dispositivi elettronici? _____

Quali programmi televisivi preferisce? _____

Gli piace guardare libri, giornali, riviste? _____

Ascolta volentieri le storie? _____

ELEMENTI DEL CARATTERE

Il bambino è:

() estroverso; _____

() introverso; _____

() aggressivo; _____

() timido _____

Piange con facilità? _____

Manifesta atteggiamenti oppositivi? _____

LINGUAGGIO

Il bambino si esprime usando:

() poche parole _____

() semplici frasi _____

() frasi ricche ed articolate _____

() non parole ma solo gesti _____

ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELLA SCUOLA

Come è stata presentata la scuola? _____

ALTRE OSSERVAZIONI CHE IL GENITORE RITIENE UTILE FORNIRE

Data _____

I GENITORI

RECAPITI TELEFONICI DELL'ALUNNO

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____

INDICARE IN ORDINE DI PRIORITA' I CONTATTI TELEFONICI SEMPRE REPERIBILI IN CASO DI NECESSITA' INSERENDO, OLTRE AL NUMERO IL NOMINATIVO E L'EVENTUALE PARENTELA DELLA PERSONA DA CONTATTARE:

1	nome/parentela	2	nome/parentela
	N.		N.
3	nome/parentela	4	nome/parentela
	N.		N.
