

STORIA DEL BAMBINO

IL BAMBINO			
Cognome e Nome			
Data di nascita			
Indirizzo			
Numeri di telefono	Casa		
	Lavoro mamma		
	Cell. mamma		
	Lavoro papà		
	Cell. papà		
LA FAMIGLIA			
Fratelli e sorelle			
Nome	Età	Istituzioni frequentate	Relazioni con il bambino
FREQUENZA ASILO NIDO			
Ha frequentato:	Sì		No
Se sì, in modo:	Costante		Incostante
L'inserimento ha richiesto:	Tempi brevi		Tempi lunghi
Com'è stato vissuto dal bambino:	In modo positivo	In modo negativo	In modo alternativo
Com'è stato vissuto dai genitori:	Ansia	Tranquillità	Sfiducia Fiducia
Rimane spesso con:	Nonni	Babysitter	Altre persone
SALUTE			
Condizioni generali:			

Malattie sofferte:		
E' stato ricoverato in ospedale?		
Se sì, per quali disturbi:		
A quale età:		
Per quanto tempo:		
ALIMENTAZIONE	Note	Note
Mangia da solo?	Sì	No
Viene imboccato?	Sì	No
Usa le posate?	Sì	No
Mangia a tavola con i genitori?	Sì	No
Mangia in orari diversi dalla famiglia?	Sì	No
Gioca con il cibo?	Sì	No
Guarda la tv mentre mangia?	Sì	No
Il divezzamento è stato regolare?	Sì	No
Cibi preferiti:		
Cibi rifiutati:		
Allergie / intolleranze alimentari:		
Altro da segnalare:		

SONNO			Note	Note
Dorme in camera da solo?	Sì	No		
Dorme con i fratelli/genitori?	Sì	No		
Dorme al buio?	Sì	No		
Il ritmo del sonno è regolare?	Sì	No		
Si sveglia perché ha paura?	Sì	No		
Tiene con sé un giocattolo?	Sì	No		
Accetta di dormire fuori casa?	Sì	No		
Si fa raccontare fiabe?	Sì	No		
Si fa cantare ninne nanne?	Sì	No		
Altro da segnalare:				
AUTONOMIE			Note	Note
Si lava da solo?	Sì	No		
Tenta di vestirsi / svestirsi?	Sì	No		
Sceglie i vestiti da mettersi?	Sì	No		
Va in bagno da solo?	Sì	No		
Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno?	Sì	No		
Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno?	Sì	No		
Sceglie i giochi da solo?	Sì	No		
Si mette le scarpe da solo?	Sì	No		
Altro da segnalare:				
MOTRICITA'			Note	Note
E' sempre in movimento?	Sì	No		
Sale/scende le scale a piedi alterni?	Sì	No		
Corre, saltella, striscia?	Sì	No		
Utilizza le giostre del parco giochi?	Sì	No		
Partecipa a giochi di movimento?	Sì	No		

Salta da rialzi anche alti?	Sì	No
Afferra e lancia la palla?	Sì	No
Sa nuotare?	Sì	No
Fa giochi di manipolazione?	Sì	No
Taglia con le forbici?	Sì	No
Disegna?	Sì	No
Altro da segnalare:		
LINGUAGGIO		
	Note	Note
Parla molto?	Sì	No
Parla poco?	Sì	No
Parla in modo chiaro e articolato?	Sì	No
Pone domande?	Sì	No
Ascolta i discorsi degli altri?	Sì	No
Preferisce i gesti alle parole?	Sì	No
Riesce a comunicare i suoi bisogni?	Sì	No
Ci sono spesso occasioni in cui adulti comunicano con lui/lei?	Sì	No
Ha difficoltà a pronunciare alcuni suoni?	Sì	No
Altro da segnalare:		
GIOCO E ALTRE ATTIVITA'		
	Note	Note
Preferisce giocare da solo?	Sì	No
Preferisce giocare con fratelli/sorelle?	Sì	No
Preferisce giocare con amici?	Sì	No
Preferisce giocare con adulti?	Sì	No
Gioca in cameretta?	Sì	No
Gioca in tutti gli spazi della casa?	Sì	No
Gioca in giardino?	Sì	No

Ha attenzione per i suoi giocattoli?	Sì	No
Usa correttamente i propri giochi?	Sì	No
Riordina i giochi?	Sì	No
Predilige giochi di movimento?	Sì	No
Predilige giochi tranquilli?	Sì	No
Gioca prevalentemente con:		
È interessato a libri/giornali?	Sì	No
Collabora a preparare la tavola?	Sì	No
Collabora per sparecchiare?	Sì	No
Guarda la tv con i genitori?	Sì	No
Guarda la tv con fratelli/sorelle?	Sì	No
Guarda la tv con altre persone?	Sì	No
Guarda la tv da solo?	Sì	No
Guarda la tv alla sera?	Sì	No
Per quante ore guarda la tv?		
Quali programmi predilige?		
COMPORAMENTO	Note	Note
Pone spesso domande?	Sì	No
Mostra interesse per:		
In caso di contrarietà:		
In caso di rifiuto:		
Accetta le regole?	Sì	No
Cerca l'attenzione dell'adulto?	Sì	No
Si arrabbia quando:		

Ha paura quando:	
Fa i capricci quando:	
Altro da segnalare:	
ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELLA SCUOLA	
Perché ha scelto questa scuola?	
È disponibile alla cooperazione?	
Quali regole ritenete importante?	
Ritiene l'ambiente adatto?	
Come pensa di reagire all'inserimento?	

Cosa si aspetta che impari suo figlio/a in questa scuola?

Dichiarazione ai sensi della legge sulla tutela della privacy

Il/la sottoscritto/a genitore dell'alunno/a.....

DICHIARA

Di essere consapevole che la scuola possa utilizzare i dati e le informazioni contenute nel questionario esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (legge 31/12/96, n° 675 "tutela privacy" – art.27)

Data.....

Firma dei genitori