

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER I BAMBINI DI TRE ANNI

BAMBINO/A:

Cognome Nome.....

Nato/a a il

Residente in via

recapiti telefonici:

Abitazione Cellulare

Nonni

Lavoro padre Lavoro madre

Altri.....

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 vostro bambino: queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento e la frequenza scolastica. Grazie!

Le educatrici

-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?
-
-

Religione

- ☐ La famiglia a quale religione appartiene?
- ☐ La famiglia è praticante? ☐SI' ☐NO

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 sì:

- quali?.....

.....

- viene rassicurato? ☐SI' ☐NO

- se sì, 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 sì, 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?.....

.....

.....

.....