Questionario Informativo SI A.S. 2020/2021

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “FIANO ROMANO”**

Codice Fiscale:97198090587 Codice Meccanografico.:RMIC8786650

Sede Legale: Via Giustiniani n.20 - 00065 Fiano Romano - Tel 0765 389008

🖂 rmic87400d@istruzione.it - PEC rmic87400d@pec.istruzione.it

1

**QUESTIONARIO INFORMATIVO INIZIALE SCUOLA DELL’INFANZIA**

**ALUNNO**

| **NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****SEZIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- |

**NUMERI TELEFONICI UTILI**

| **PADRE** |  |
| --- | --- |
| **MADRE** |  |
| **CASA** |  |
| **ALTRO** |  |

**NUCLEO FAMILIARE**

| **GENITORI:*** CONIUGATI
* CONVIVENTI
* SEPARATI
 |
| --- |

| **AUTONOMIA PERSONALE** | **SI**  | **NO** |
| --- | --- | --- |
| Ha il controllo sfinterico |  |  |
| E’ autonomo nell’uso dei servizi igienici? |  |  |
| Si veste e si spoglia da solo? |  |  |
| Si alimenta da solo? (uso posate,...) |  |  |
| Abitualmente riposa il pomeriggio? |  |  |

| **SPAZIO VITA** | **SI**  | **NO** |
| --- | --- | --- |
| Gioca da solo? |  |  |
| Gioca con fratelli ? |  |  |
| Sa gestire i propri giocattoli? |  |  |
| Quanto tempo trascorre davanti alla TV? : |
| Quali programmi preferisce?: |
| Qual’è il suo gioco/giocattolo preferito?: |

| **AUTONOMIA RELAZIONALE** | **SI**  | **NO** |
| --- | --- | --- |
| Ha frequentato l’asilo nido? |  |  |
| Gioca volentieri con gli altri bambini? |  |  |
| Fa amicizia facilmente? |  |  |
| Preferisce la compagnia degli adulti? |  |  |
| A casa trascorre la giornata prevalentemente con: |

| **LINGUAGGIO** | **SI**  | **NO** |
| --- | --- | --- |
| Sa utilizzare un buon numero di parole? |  |  |
| Ascolta gli altri che parlano? |  |  |
| Usa altri mezzi di comunicazione oltre il linguaggio? |  |  |
| Gli piace ascoltare storie, fiabe, racconti? |  |  |
| Sa esprimere i suoi desideri , bisogni? |  |  |

| **INFORMAZIONI UTILI** | **SI**  | **NO** |
| --- | --- | --- |
| Presenza di allergie alimentari |  |  |
| Presenza di patologie croniche |  |  |
| Necessita della somministrazione di “farmaco salvavita” |  |  |
| ALTRE INFO |

**COSA SI ASPETTANO I GENITORI DALLA SCUOLA DELL’INFANZIA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**