



QUESTIONARIO INFORMATIVO INIZIALE SCUOLA DELL'INFANZIA

ALUNNO

| |
|-----------------------|
| NOME: _____ |
| COGNOME: _____ |
| SEZIONE: _____ |

NUMERI TELEFONICI UTILI

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

NUCLEO FAMILIARE

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GENITORI: <input type="checkbox"/> CONIUGATI <input type="checkbox"/> CONVIVENTI <input type="checkbox"/> 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
