

# QUESTIONARIO CONOSCITIVO NUOVI INGRESSI

## SCUOLA DELL'INFANZIA

Gentili Genitori,

abbiamo pensato di proporvi questa scheda da compilare per avere qualche informazione supplementare sui vostri bambini che ci possa aiutare a capire meglio il loro modo di essere e a facilitarli nel delicato momento della loro integrazione nel contesto scolastico.

La compilazione è libera e non obbligatoria. Vi informiamo che i dati personali raccolti saranno utilizzati solo dal personale scolastico.

Certi di una vostra collaborazione, vi ringraziamo.

Le Insegnanti



Nome e cognome del bambino/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ha fratelli o sorelle (specificare numero ed età) \_\_\_\_\_

Ha cominciato a camminare all'età di \_\_\_\_\_

Ha cominciato a parlare all'età di \_\_\_\_\_

Ha avuto particolari problemi di salute? Se sì specificare

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergie o intolleranze alimentari

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si addormenta da solo e dorme nella propria camera?

\_\_\_\_\_

Si sveglia di notte? SI NO

E' abituato al riposo pomeridiano? SI NO

Usa abitualmente il ciuccio? SI NO

Si succhia il dito? SI NO

Usa il biberon? SI NO

Si veste e si spoglia da solo? SI NO

Avvisa quando deve andare in bagno? SI NO

Bagna il letto? SI NO A VOLTE

Usa il pannolino? SI NO

E' autonomo nell'uso dei servizi igienici? SI NO

E' autonomo nel mangiare? SI NO

Ci sono cibi che non gradisce? Se sì, quali?

---

Il bambino mangia... POCO MOLTO IN MODO REGOLARE

Ha frequentato il nido? SI NO

Se sì, per quanto tempo? \_\_\_\_\_

Ha frequentato regolarmente? SI NO

Come ha vissuto l'esperienza?

---

---

Con chi trascorre le giornate? (genitori, nonni, baby sitter...) \_\_\_\_\_

---

Ha possibilità di trascorrere del tempo con i coetanei o altri bambini?

MAI SPESSO RARAMENTE

Come definireste il vostro bambino/a? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Cosa lo spaventa maggiormente? \_\_\_\_\_

---

Ha un gioco o un oggetto che porta sempre con sé? SI NO

Preferisce giocare... DA SOLO CON MAMMA O PAPA' CON I FRATELLI

CON I COETANEI ALTRO \_\_\_\_\_

Mette in ordine quando ha finito di giocare? SI NO

Quali sono i giochi preferiti? \_\_\_\_\_

Guarda la televisione da solo o con qualcuno (specificare)? \_\_\_\_\_

Per quanto tempo al giorno? \_\_\_\_\_

Cosa guarda e quali personaggi preferisce? \_\_\_\_\_

Sa salire e scendere le scale da solo/a? SI NO

Utilizza le giostre del parco giochi? Scivolo, altalena, percorsi... \_\_\_\_\_

Disegna? Se sì con cosa? Pennarelli, matite, pastelli... \_\_\_\_\_

Gli/le piace disegnare? SI NO

Riesce a farsi capire meglio con i gesti o con le parole? \_\_\_\_\_

Ha qualche difetto di pronuncia? Se sì, specificare \_\_\_\_\_

Pone domande? SI NO

Gli vengono lette favole e storie? SI NO RARAMENTE

Se sì, riesce a seguire i racconti con attenzione? \_\_\_\_\_

Altre informazioni che ritenete utile fornire alle insegnanti per un buon inserimento del bambino alla scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_

Come vi aspettate che il vostro bambino affronterà l'inserimento nella scuola dell'infanzia? Che tipo di aspettative avete nei confronti della scuola dell'infanzia?