



ASILO INFANTILE REGINA MARGHERITA
 Cassina Ferrara - Scuola Paritaria
 Via P. Busnelli 2/4 - 21047 Saronno - Tel./Fax 029602381
 e-mail: asiloreginamargherita1898@gmail.com – P.E.C.: asiloinfantilem@pec.it

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'AMMISSIONE

Discusso con la mamma , il papà , i genitori

Cognome e nome del bambino/a _____

PREMESSA

Gent.mi genitori, il distacco dall'ambiente familiare è per tutti un momento delicato, denso di significati importanti e talvolta occulti. Per questo motivo vi chiedo di rispondere in modo semplice, chiaro ed esaustivo al seguente questionario.

Le informazioni raccolte, relative ad abitudini e bisogni del vostro bimbo/a saranno di grande utilità alle educatrici al fine di favorire l'inserimento sereno e rispettoso delle esigenze personali. Grazie!
 La coordinatrice

Descrivete il/la vostro/a bambino/a (carattere, positività/negatività, altro...)

Ha paure particolari? SI NO Se sì, quali _____

E' particolarmente egocentrico ? SI NO

Come reagisce di fronte alle difficoltà? _____

CONTESTO FAMILIARE

E' sempre con i genitori ? SI NO

Rimane spesso con i nonni ? SI NO

Rimane spesso con il/la baby-sitter ? SI NO

Rimane spesso con altre persone ? SI NO

VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE

Ha frequentato l'Asilo nido ? SI NO Se sì, per quanto tempo e dove _____

Come ha vissuto l'esperienza? _____

Ha frequentato la Scuola dell'Infanzia ? SI NO Se sì, per quanto tempo e dove _____

Come ha vissuto l'esperienza? _____

Preferisce giocare da solo? SI NO

Preferisce la compagnia di altri? SI NO Se sì, di chi? _____

Gli piace giocare con gli altri bambini? SI NO

Fa amicizia facilmente? SI NO

Interagisce positivamente con l'altro? SI NO

Preferisce giochi sedentari? SI NO

Preferisce giochi di movimento? SI NO

Quali giochi/giocattoli predilige? _____

Come usa i propri giocattoli? (li cura- li conserva- li condivide- altro) _____

I media catturano il suo interesse? SI NO Se sì, indicativamente, per quanto tempo _____

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (Ascolto-contatto fisico-fermezza-abbondanza di spiegazioni-altro) _____

AUTONOMIA PERSONALE

Porta il pannolino? SI NO Se sì, quando? _____

Ha raggiunto il controllo diurno? SI NO

Ha raggiunto il controllo notturno? SI NO

Va in bagno da solo? SI NO

Usa le posate a tavola? SI NO

Rivela altre autonomie? _____

Durante la giornata richiede particolari attenzioni da parte dell'adulto? SI NO Se sì, quali? _____

ALIMENTAZIONE

Deve essere imboccato? SI NO

Mangia volentieri e con appetito? SI NO

Ci sono cibi che non gradisce? SI NO Se sì, quali e perché? _____

Ci sono cibi che predilige? SI NO Se sì, quali e perché? _____

Presenza allergie alimentari ? SI NO Se sì, quali _____

Vi sono aspetti che riguardano l'alimentazione o le abitudini alimentari del vostro bimbo dei quali ritenete opportuno informare l'insegnante?

Se sì, indicare quali: _____

RIPOSO POMERIDIANO

Dorme nel pomeriggio ? SI NO
Utilizza il "ciuccio" o altri oggetti particolari ? SI NO Se sì, quali _____

Il ritmo del sonno è regolare ? SI NO
Si addormenta da solo ? SI NO Se no, con chi _____

Dorme nel lettone ? SI NO
Dorme nel proprio lettino ? SI NO

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

A quale età ha cominciato a parlare ? _____

E' comunicativo ? SI NO
Comunica prevalentemente con le parole? SI NO
Se sì, come si esprime ? (chiaramente - in modo confuso - frammentario - altro.....)

Comunica ancora prevalentemente con i gesti ? SI NO
Si avvale di segnali particolari (movimento - lacrime - sudore - rossore - pallore - mal di pancia - altro.....) per comunicare un disagio ? _____

Ascolta volentieri il racconto di fiabe-racconti-favole ? SI NO

MOTORIETA'

A quale età ha cominciato a camminare ? _____

E' motoricamente disinvolto? SI NO
Affronta giochi o movimenti rischiosi? SI NO

Se sì, si capisce il perché? _____

Si orienta nello spazio della casa? SI NO
Gli piace disegnare? SI NO

Se sì, quali strumenti usa? _____

Si muove volentieri con la musica? SI NO
Riesce a tagliare con le forbici? SI NO

ALTRE INFORMAZIONI

Indicate ciò che ritenete essere opportuno e/o importante rispetto ai seguenti punti:

A) Il Vostro bimbo ha problemi particolari e/o patologie SI NO

Se sì, quali? _____

B) Ha avuto particolari problemi di salute? (Malattie esantematiche o altro) SI NO

Se sì, quali ? _____

C) Come pensate possa affrontare l'inserimento alla scuola dell'Infanzia? _____

AVVERTENZA:

Il presente questionario, **correttamente compilato in ogni sua parte**, deve essere allegato alla domanda di iscrizione. Verrà discusso con la coordinatrice o insegnante all'uopo incaricata durante il colloquio individuale che si terrà in data da stabilirsi, previa convocazione verbale e/o telefonica. In tale occasione **sarà riapposta la firma in segno di conferma, con avvertenza che la omessa o parziale compilazione può costituire valido motivo di diniego per l'accettazione dell'iscrizione.**

I genitori
o di chi esercita la potestà parentale

Data _____ Firma _____

Firma _____

Integrato e/o sottoscritto in data

ALLEGATO E) ALLA DOMANDA D'ISCRIZIONE