

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? SÌ NO Se sì, quali _____

E' particolarmente egocentrico ? SÌ NO

Come reagisce di fronte alle difficoltà? _____

CONTESTO FAMILIARE

E' sempre con i genitori ? SÌ NO

Rimane spesso con i nonni ? SÌ NO

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

Rimane spesso con altre persone ? SÌ NO

VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE

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

Come ha vissuto l'esperienza? _____

Preferisce giocare da solo? SÌ NO

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

Gli piace giocare con gli altri bambini?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fa amicizia facilmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Interagisce positivamente con l'altro ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Preferisce giochi sedentari ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Preferisce giochi di movimento ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Quali giochi/giocattoli predilige? _____

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

La televisione cattura il suo interesse ? SI NO Se sì, per quanto tempo al giorno ? _____

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 ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se sì, quando? _____
Ha raggiunto il controllo diurno ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ha raggiunto il controllo notturno ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Va in bagno da solo ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Usa le posate a tavola ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Rivela altre autonomie ?			_____

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

ALIMENTAZIONE

Deve essere imboccato ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Mangia volentieri e con appetito ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ci sono cibi che non gradisce ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se sì, quali e perché ? _____

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

Presenza specifiche allergie alimentari ? SI NO Se sì, quali _____

Vi sono aspetti che riguardano l'alimentazione o le abitudini alimentari del vostro bimbo/a dei quali ritenete opportuno informare l'educatrice?
Se sì, indicare quali:

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

A quale età ha cominciato a dire le prime parole? _____

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

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 SÌ NO

Se sì, quali? _____

B) Ha avuto particolari problemi di salute? (Malattie esantematiche o altro) SÌ 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 educatrice 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.

Saronno, _____

Firma leggibile dei genitori
o di chi esercita la potestà parentale

Integrato e/o sottoscritto in data

ALLEGATO E) ALLA DOMANDA D'ISCRIZIONE