



ASILO NIDO E SCUOLA DELL'INFANZIA  
REGINA MARGHERITA  
Cassina Ferrara - Scuola Paritaria  
Via P. Busnelli 2/4 - 21047 Saronno - Tel./Fax 029602381  
e-mail: asiloreginamargherita1898@gmail.com - P.E.C.: asiloinfantierm@pec.it  
P.I.00617330121

## **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? \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

---

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?  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 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? \_\_\_\_\_

È 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' motorialmente 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**