

Data: _____

QUESTIONARIO DI INFORMAZIONI ANAGRAFICHE & LINGUISTICHE

Nome e Cognome _____ Plesso: _____ Classe: _____

Anni: _____ Mesi: _____ Genere: F M

Dominanza Manuale: DX SX

Classe:

Nazionalità Madre: _____

Nazionalità Padre: _____

Scolarità Madre:

- Primaria
- Secondaria di I grado
- Superiori
- Laurea Triennale
- Laurea Magistrale
- Dottorato di Ricerca/Specializzazione medicina

Scolarità Padre:

- Primaria
- Secondaria di I grado
- Superiori
- Laurea Triennale
- Laurea Magistrale
- Dottorato di Ricerca/Specializzazione medicina

Professione Madre:

Professione Padre:

ASPETTI LINGUISTICI E ANAMNESI

Lo/la studente/essa ha avuto precedente diagnosi di disturbo del linguaggio? SI NO

Lo/la studente/essa ha avuto precedente diagnosi di disturbo della coordinazione motoria?

SI NO

Data: _____

Se genitori non italiani: il/la bambino/a parla la lingua di origine dei genitori? SI NO

Con che grado di competenza?

Nessuno	Scarso	Buono	Molto Buono	Eccellente
---------	--------	-------	-------------	------------

Familiarità: Inserire una crocetta o specificare se...

Parente di Primo grado con diagnosi DSA:

	LETTURA	SPELLING E RICONOSCIMENTO DELLE LETTERE	SCRITTURA	MATEMATICA
Genitore 1				
Genitore 2				
Vostro/a figlio/a				
Fratello/Sorella 1				
Fratello/Sorella 2				
Fratello/Sorella 3				

Familiarità: Inserire una crocetta o specificare se...

Parente di Secondo grado con diagnosi DSA:

	LETTURA	SPELLING E RICONOSCIMENTO DELLE LETTERE	SCRITTURA	MATEMATICA
Cugino				
Zio Acquisito				
Altri parenti				

Note: _____

Rischio: Inserire una crocetta o specificare se...

Parente di primo grado con manifeste difficoltà:

	LETTURA	SPELLING E RICONOSCIMENTO DELLE LETTERE	SCRITTURA	MATEMATICA
Genitore 1				
Genitore 2				
Vostro/a figlio/a				
Fratello/Sorella 1				
Fratello/Sorella 2				
Fratello/Sorella 3				

Data: _____

Rischio:

Inserire una crocetta o specificare se...

Parente di secondo grado con manifeste difficoltà:

	LETTURA	SPELLING E RICONOSCIMENTO DELLE LETTERE	SCRITTURA	MATEMATICA
Cugino				
Zio Acquisito				
Altri parenti				

Note: _____

ESPERIENZA MUSICALE

Studia uno strumento musicale: SI NO

Quale? _____

Dove: _____

Ore a settimana _____

Da quando ha iniziato? _____

Se lo/la studente/essa ha disturbi del linguaggio o DSA:

è in trattamento? SI NO

Tipo di trattamento: _____

Ore a settimana _____

Da quanto tempo? _____

Per quanto tempo? _____

Note: _____
