

I MIEI GENITORI PARLANO DI ME...

IO SONO

Nome _____ Cognome _____

Il mio nome significa _____

Mi hanno chiamato così perché _____

Lo scopo delle seguenti domande è quello di conoscere il bambino nel suo ambiente familiare:

a) ABITUDINI E COMPORTAMENTI ALIMENTARI

Il vostro bambino mangia da solo ☐ SÌ ☐ NO

Quali cibi preferisce? _____

Quali cibi rifiuta? _____

Soffre di allergie particolari? _____

b) NOTIZIE RELATIVE AL MOMENTO DEL SONNO E DELL'AUTONOMIA PERSONALE

Dorme in camera da solo? ☐ SÌ ☐ NO

Soffre di paure? ☐ SÌ ☐ NO

Se sì, quali? _____

A che ora va a dormire la sera? _____

Ha il controllo sfinterico? ☐ SÌ ☐ NO

Soffre di enuresi notturna? ☐ SÌ ☐ NO

c) DOMANDE RELATIVE ALLA SOCIALIZZAZIONE IN FAMIGLIA E CON GLI ALTRI

Come passate il tempo libero con il vostro bambino? _____

Il vostro bambino/a preferisce:

☐ Guardare la televisione /videocassette

- ☐ Giocare con altri bambini
- ☐ Fare giochi tranquilli (specificare)_____
- ☐ Fare giochi di movimento(specificare)_____

Potendo scegliere il vostro bambino/a gioca in :

- ☐ Casa
- ☐ Proprio giardino
- ☐ Fuori in grandi spazi con altri bambini

Altro _____

Ritenete importante la socializzazione attraverso il gioco fra i bambini dopo la scuola?

- ☐ molto
- ☐ poco
- ☐ per niente

d) DOMANDE RELATIVE ALLA COMUNICAZIONE

Sa esprimere le proprie necessità? ☐ SI ☐ NO

Rivela qualche difetto nella pronuncia di qualche lettera? ☐ SI ☐ NO

Se si, quale?_____

Usa oltre alla parola altri mezzi per comunicare(gesti, segnali)? ☐ SI ☐ NO

Se si, quali?_____

Parla con i familiari?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SEMPRE
Parla con i genitori?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SEMPRE
Ascolta con attenzione il racconto di storie e/o fiabe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SEMPRE

e) NOTIZIE SPECIFICHE

Il vostro bambino è soggetto a malesseri particolari? ☐ SI ☐ NO

Se si, quali?_____

Al bambino vengono somministrati abitualmente dei farmaci? ☐ SI ☐ NO

Se si, quali?_____

Durante la primissima infanzia ha avuto periodi importanti di ospedalizzazione? ☐ SI ☐ NO

Se si, per quale motivo?_____

Qui di fianco riportate notizie che pensate sia utile comunicare alle insegnanti_____

f) PARTECIPAZIONE-COLLABORAZIONE SCUOLA –FAMIGLIA

Che cosa si attende prioritariamente dalla scuola dell'Infanzia per il suo bambino/a?

(scegliere 2 risposte)

- ☐ Che gli dia sicurezza e stima in se stesso
- ☐ Che lo motivi ad imparare e che lo renda curioso e creativo
- ☐ Che lo educi a stare con gli altri e ai valori etici
- ☐ Che consolidi le abilità sensoriali, percettive, motorie, linguistiche ed intellettive
- ☐ Altro (specificare)_____

Ritenete utile la partecipazione dei genitori alla vita della scuola? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Ritenete utili gli incontri tra genitori ed insegnanti? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

g) Lo spazio sottostante è riservato a coloro i quali volessero aggiungere altre notizie oltre a quelle già fornite
