



**ISTITUTO COMPRENSIVO "G. Solari"**

**Scuola dell' Infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di I° grado**

Via Bramante, 119 - LORETO (AN) Distretto Scolastico N. 10 Codice Fiscale 80013470424

Tel.: 071 977147 Fax: 071 970238 Fax Segret.: 071 7501468

E-mail: [anic83200l@istruzione.it](mailto:anic83200l@istruzione.it) oppure: [istitutocomprensivoloreto@legalmail.it](mailto:istitutocomprensivoloreto@legalmail.it)

Sito internet: <http://www.comprensivoloreto.it>

## SCUOLA DELL'INFANZIA

### QUESTIONARIO CONOSCITIVO DELL'ALUNNO

COMPILAZIONE RISERVATA AI GENITORI DA CONSEGNARE ALLE INSEGNANTI

BAMBINO/A \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

#### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

##### PADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Tel. lavoro \_\_\_\_\_ tel. casa \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_

##### MADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Tel. lavoro \_\_\_\_\_ tel. casa \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_

##### FRATELLI E/O SORELLE

Nome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Scuola e classe \_\_\_\_\_ Scuola e classe \_\_\_\_\_ Scuola e classe \_\_\_\_\_

##### EVENTUALI COABITANTI

\_\_\_\_\_

##### ALTRE PERSONE CHE SI OCCUPANO DEL BAMBINO

\_\_\_\_\_

#### FREQUENZA ASILO NIDO

Se si indicare come il bambino ha vissuto l'esperienza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **NASCITA**

Eventuali problemi al momento della nascita \_\_\_\_\_

---

## **AUTONOMIA PERSONALE**

Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno e notturno \_\_\_\_\_

Presenta ancora problemi al riguardo (enuresi, encopresi) \_\_\_\_\_

---

E' autonomo nei servizi igienici \_\_\_\_\_

Si muove autonomamente \_\_\_\_\_

## **SALUTE**

Malattie rilevanti \_\_\_\_\_

---

Ospedalizzazione \_\_\_\_\_

## **SONNO**

Dorme da solo \_\_\_\_\_

Il sonno notturno è tranquillo e regolare \_\_\_\_\_

---

E' abituato al riposo pomeridiano \_\_\_\_\_

Ha bisogno di oggetti per addormentarsi (ciuccio, peluche, luce...) \_\_\_\_\_

---

## **PAURE**

Ha delle paure \_\_\_\_\_

Come le manifesta \_\_\_\_\_

In che modo si tranquillizza \_\_\_\_\_

## **ALIMENTAZIONE – ABITUDINI A TAVOLA**

Mangia da solo \_\_\_\_\_

Usa il biberon \_\_\_\_\_

Eventuali allergie \_\_\_\_\_

## **VITA RELAZIONALE**

Frequenta altri bambini per giocare, preferisce giocare da solo \_\_\_\_\_

---

Tempo dedicato dai genitori ai giochi col bambino \_\_\_\_\_

Quali giochi predilige \_\_\_\_\_

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del bambino (ascolto, contatto fisico, fermezza, spiegazioni...) \_\_\_\_\_

Guarda la TV (per quanto tempo, solo o in compagnia, quali programmi...) \_\_\_\_\_

## LINGUAGGIO

Quando ha iniziato a pronunciare le prime parole \_\_\_\_\_

Si esprime con facilità \_\_\_\_\_

Ha acquisito tutti i suoni (eventuali difetti di pronuncia) \_\_\_\_\_

Sa esprimere i suoi desideri e/o i suoi bisogni \_\_\_\_\_

## ALTRE NOTIZIE

E' attualmente seguito da specialisti (Se si, indicare quali e presso che servizio, pubblico, privato...) \_\_\_\_\_

Vi sono aspetti riguardanti il bambino (alimentazione, salute...) dei quali ritenete opportuno informare le insegnanti \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI** \_\_\_\_\_

Data

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Consegnato alle insegnanti