

## Scheda informativa minore

Vi chiediamo di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del vostro/a bambino/a: queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento alla Scuola dell'Infanzia. Grazie.

### NOTIZIE GENERICHE

1) A casa chi si occupa del bambino/a per la maggior parte del tempo, e chi si è occupato di lui/lei prima che venisse all'asilo?

---

---

---

2) Dove trascorre la maggior parte del tempo durante le ore di veglia?

---

---

---

3) Con chi gioca? Vuole la presenza di un adulto che giochi con lui/lei o gli/le basta vedere qualcuno nelle vicinanze?

---

---

---

4) Ha giochi preferiti? Indicare quali

---

---

---

---

5) Ha la possibilità di esplorare la casa muovendosi da solo/a?

---

---

---

6) E' abituato a giocare all'esterno? Dove?

---

---

---

7) Il bambino ha già frequentato un asilo nido?                      SI                      NO

Se si, come ha vissuto l'esperienza?

---

---

---

**AUTONOMIA PERSONALE**

Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno e diurno?                      SI                      NO

Eventuali note (segnalare problemi particolari)

---

---

---

### RIPOSO

E' abituato a dormire durante il giorno?

SI

NO

Quando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Utilizza il ciuccio o altri oggetti particolari?

SI

NO

Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si addormenta da solo? (se no come e con chi)

SI

NO

### VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE

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

Preferisce giocare da solo?

SI

NO

Se No con chi preferisce giocare?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preferisce giochi sedentari o di movimento? Quali?

---

---

---

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (Ad esempio: ascolto, contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazione, ecc...)

---

---

---

---

Ha delle paure?

SI

NO

Quali?

---

---

---

Com'è il suo linguaggio? (sa comunicare verbalmente facendosi capire da chi lo ascolta; utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità)

---

---

---

---

### **ALIMENTAZIONE E SALUTE**

E' in grado di usare il cucchiaino o altre posate?

---

---

Ci sono cibi che non gradisce?

SI

NO

Quali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presenta specifiche allergie?

SI

NO

Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presenta intolleranze alimentari?

SI

NO

Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vi sono aspetti riguardanti la salute o alimentazione del bambino dei quali ritiene opportuno informarci

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soffre di allergie o intolleranze a medicinali o farmaci?

SI

NO

Quali?

---

---

Soffre di allergie o intolleranze a prodotti per il bagno e la cura igienica (saponi, shampoo, creme, talco, ecc... )?

---

---

---

Altre informazioni da Voi ritenute utili

---

---

---

Data

Firma