

# ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA PACE" - LIMBIATE

## QUESTIONARIO CONOSCITIVO DEL BAMBINO IN ENTRATA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

“ACCOGLIERE UN BAMBINO NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA SIGNIFICA MOLTO DI PIU' CHE FARLO ENTRARE NELL'EDIFICIO DELLA SCUOLA, ASSEGNARGLI UNA CLASSE E TROVARGLI N POSTO DOVE STARE, L'ACCOGLIENZA E' UN METODO DI LAVORO COMPLESSO, E' UN MODO DI ESSERE DELLA SCUOLA E DEGLI ADULTI, E' UN'IDEA CHIAVE DEL PROCESSO EDUCATIVO.” (G. Staccioli)

Accogliere un bambino nella scuola dell'infanzia significa creare le condizioni che favoriscano il più possibile la percezione di un clima positivo che, in questa fase delicata dello sviluppo personale, consenta di superare i timori verso un'esperienza nuova e il disorientamento iniziale.

Vi chiediamo, perciò, di compilare il seguente questionario di ingresso: ci aiuterà a conoscere meglio il/la vostro/a bambino/a al fine di predisporre un'accoglienza personalizzata e adeguata alle reali esigenze di ognuno. Grazie

le insegnanti

### DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

MASCHIO  FEMMINA

Scelta dell'insegnamento della Religione Cattolica

SI'

NO

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

#### Padre

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

#### Madre

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

#### Fratelli e Sorelle

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Altri componenti del nucleo

familiare \_\_\_\_\_

Altre persone che si occupano del bambino

\_\_\_\_\_

**AUTONOMIA E MOTRICITA'****AUTONOMIA PERSONALE**

Si veste e si spoglia da solo?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Riconosce i propri abiti?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Va in bagno da solo ed è in grado di provvedere alla propria pulizia?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Avvisa quando deve andare il bagno?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usa il pannolino?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha il controllo sfinterico (sa trattenere urine e feci)	di giorno SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	di notte SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si lava le mani dal solo/a?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Soffia il naso al bisogno?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**ALIMENTAZIONE**

Il bambino mangia	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> molto <input type="checkbox"/> In modo regolare
Ha un rapporto con il cibo	<input type="checkbox"/> buono (mangia volentieri e di tutto) <input type="checkbox"/> sufficiente (non ha problemi di appetenza anche se "sceglie" cosa mangiare) <input type="checkbox"/> problematico (è inappetente o molto difficile nello scegliere i cibi)
Mangia	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> deve essere incoraggiato <input type="checkbox"/> viene imboccato <input type="checkbox"/> mangia al tavolo utilizzando le posate e il bicchiere
Cibi rifiutati (specificare)	
Cibi preferiti (specificare)	

**SONNO**

Si addormenta da solo?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dorme nella propria camera?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' abituato al riposo pomeridiano?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usa abitualmente il ciuccio?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**MOTRICITA'**

Si muove	<input type="checkbox"/> con disinvoltura <input type="checkbox"/> con prudenza	
Supera gli ostacoli	<input type="checkbox"/> senza timore <input type="checkbox"/> li evita <input type="checkbox"/> cerca l'aiuto dell'adulto	
Usa attrezzature motorie (altalena scivolo bicicletta monopattino)	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Come scende le scale?	<input type="checkbox"/> alternando entrambi i piedi <input type="checkbox"/> senza appoggi <input type="checkbox"/> appoggiandosi al corrimano <input type="checkbox"/> all'indietro, appoggiando anche le mani <input type="checkbox"/> usando un solo piede alla volta	
Usa volentieri: pennarelli, matite colorate, colori a dita, pennelli...	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sa manipolare: il pongo, pasta di sale...	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avversione per prodotti da manipolare	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Ha attraversato la fase del carponi?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se portato a passeggio, rimane vicino all'adulto?	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> tende a muoversi autonomamente

<b>SPAZI DI VITA E ABITUDINI</b>	
Con chi trascorre la maggior parte del tempo libero? Con:	<input type="checkbox"/> Nonni <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Baby sitter <input type="checkbox"/> Altri _____
Con chi preferisce giocare?	<input type="checkbox"/> coetanei <input type="checkbox"/> adulti
Quali sono i suoi giochi preferiti?	<input type="checkbox"/> di movimento (corsa, scivolo, calcio, capriole...) <input type="checkbox"/> giochi strutturati (lego, puzzle...) <input type="checkbox"/> bambole e/o macchinine <input type="checkbox"/> altro _____
Come gestisce i propri giocattoli ?	<input type="checkbox"/> li riordina e li conserva con cura <input type="checkbox"/> non li riordina ma ne ha cura <input type="checkbox"/> non se ne cura <input type="checkbox"/> li distrugge
Gli piace guardare la Tv?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Per quanto tempo?	<input type="checkbox"/> circa un'ora al giorno <input type="checkbox"/> circa 2 ore <input type="checkbox"/> diverse ore
Con chi guarda la Tv?	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con amichetti o fratelli <input type="checkbox"/> Con adulti
E' abituato ad usare "materiale scolastico" (forbicine, colla, pennarelli...)?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in parte <input type="checkbox"/>
Gli piace sfogliare libri e/o giornali?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>RELAZIONI E PAURE</b>	
Ha frequentato il nido?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Quale?	
Preferisce giocare :	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con gli altri bambini
Gioca senza la presenza di un adulto?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Quando piange gradisce essere coccolato?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ascolta e segue le indicazioni dell'adulto?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha la possibilità di frequentare altri bambini ?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà ad intrecciare rapporti ?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in parte <input type="checkbox"/>
Se "sì o in parte", con chi?	<input type="checkbox"/> con gli adulti <input type="checkbox"/> con i coetanei
Ha delle paure? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SI' _____ <input type="checkbox"/> NO
Come le manifesta	
In che modo si tranquillizza	

<b>LINGUAGGIO</b>	
La comunicazione e le richieste sono:	<input type="checkbox"/> chiare <input type="checkbox"/> comprensibili <input type="checkbox"/> non sempre comprensibili
Risponde alle domande dell'adulto:	<input type="checkbox"/> generalmente sì <input type="checkbox"/> non sempre <input type="checkbox"/> si limita al sì e al no
Accompagna il linguaggio:	<input type="checkbox"/> con la mimica o la gestualità <input type="checkbox"/> preferisce esprimersi con gesti
Comprende quanto gli viene detto?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Riesce a farsi capire meglio	<input type="checkbox"/> con i gesti <input type="checkbox"/> con le parole
Pone domande?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' in grado di comprendere e portare a termine una consegna?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in parte <input type="checkbox"/>
Piange di frequente?	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in parte <input type="checkbox"/>
Se "sì o in parte"	<input type="checkbox"/> senza motivo apparente <input type="checkbox"/> per ragioni emotive <input type="checkbox"/> altro _____

<b>LINGUA PARLATA</b> ( <i>solo alunni stranieri</i> )	Italiano	altra lingua (specificare)
BAMBINO/A	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PAPA'	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MAMMA	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>INFORMAZIONI AGGIUNTIVE</b>	
Segnalare eventuali malattie gravi (convulsioni, epilessia...)	
Allergie accertate clinicamente o diete etico-religiose	
E' attualmente seguito da specialisti (Se sì, indicare quali e presso quale servizio)	
Vi sono aspetti riguardanti il bambino dei quali è necessario informare le insegnanti?	
Che tipo di aspettative avete nei confronti della scuola dell'infanzia?	

Data .....

firma .....

INDIRIZZO EMAIL: \_\_\_\_\_ (verrà utilizzato **ESCLUSIVAMENTE** per comunicazioni relative ad iniziative del Progetto accoglienza)

Si informa che i dati personali raccolti saranno utilizzati solo dal personale scolastico dell'Istituto Comprensivo **UNICAMENTE PER FINALITÀ DIDATTICO/ORGANIZZATIVE** e, pertanto, destinati ad un uso interno all'istituzione scolastica.