

INFORMAZIONI PER L' INSERIMENTO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Sede SI:.....

Nome del/la bambino/a:

Nato/a il:

1- Autonomia/caratteristiche del/lla bambino/a

- Sa stare senza i genitori? sì ☐ no ☐; se sì per quanto tempo?
- Con chi altri riesce a stare?
- Ha frequentato il preasilo/asilo nido? sì ☐ no ☐; se sì quale?.....
 - Con che frequenza?
- Sa fare i propri bisogni da solo/a? sì ☐ no ☐
- Sa soffiarsi il naso da solo/a? sì ☐ no ☐
- Sa vestirsi da solo/a? sì ☐ no ☐
- Mangiando, sa utilizzare le posate(forchetta – coltello – cucchiaino)? sì ☐ no ☐
- Sa lavarsi i denti? sì ☐ no ☐
- Sa stare seduto almeno per 10 minuti? sì ☐ no ☐
- Disegna? sì ☐ no ☐
- Sa utilizzare pennarelli, matite colorate, forbici, colla? sì ☐ no ☐
- È in grado di fare brevi passeggiate accompagnato? sì ☐ no ☐
- Quali giochi/attività preferisce?

2- Ritmi fisiologici e abitudini

- Di notte dorme? sì ☐ no ☐
- Al pomeriggio dorme? sì ☐ no ☐
- È in grado di stare senza il “ciuccio”: sì ☐ no ☐
- È in grado di bere anche senza il biberon: sì ☐ no ☐
- Fa colazione? sì ☐ no ☐
- Mangia di tutto? sì ☐ no ☐; se no cosa?
-
- Ha intolleranze o allergie alimentari? sì ☐ no ☐; se sì, quali?
-
- Ha avuto particolari problemi di salute? sì ☐ no ☐; se sì, quali?
-

3- Linguaggio

- Sa esprimersi in maniera comprensibile da tutti? sì ☐ no ☐
- Utilizza il linguaggio per chiedere ciò che ha bisogno (per esempio: bere – mangiare ...)? sì ☐ no ☐
- Se di madrelingua straniera: sa esprimersi/comprendere l'italiano? sì ☐ no ☐

4- Capacità di movimento

- Sa muoversi senza difficoltà? sì ☐ no ☐
- Sa saltellare, correre, camminare all'indietro, stare su una gamba ...? sì ☐ no ☐

5- Relazione con gli altri

- Com'è il suo carattere? (es: timido/a, estroverso/a,...):
-
- Ha degli amici? sì ☐ no ☐
- Sa fare dei giochi di società? sì ☐ no ☐
- Riesce a giocare bene con degli amici? sì ☐ no ☐
- Come reagisce a situazioni di conflitto con altri bambini?
-
-
- Come reagisce al "NO" dei genitori?
-
-

6- Altro

- Pensate che ci potrebbero essere delle difficoltà nell'inserimento di vostro/a figlio/a alla SI?
sì ☐ no ☐; se sì quali?.....
-
- Cosa vi aspettate dalla scuola dell'infanzia?
-
- Avete preoccupazioni?
-

7- Osservazioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data:

Firma: