

Presentazione del bambino da parte dei genitori

Ingresso Scuola dell'Infanzia



Scuola dell'Infanzia Paritaria "Asilo Vittoria" di Roncade

Anno Scolastico: _____ / _____

○ Presentazione del bambino: Nome: _____ Cognome: _____

○ Da parte dei genitori:

Nome: _____ Cognome: _____

Nome: _____ Cognome: _____

Gentili genitori,

Abbiamo preparato per voi un fascicolo con il quale, rispondendo ad alcune domande, potrete farci conoscere meglio vostro/a figlio/a, nella convinzione che alcune informazioni ci saranno utili per poter meglio accogliere il vostro bambino/a, nell'ottica di favorire l'inserimento e far iniziare la nuova esperienza della Scuola dell'Infanzia in modo positivo.

Leggete il fascicolo con calma, riflettete e rispondete in tutta tranquillità.

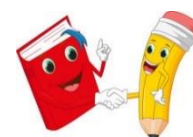
Se qualche domanda non vi è chiara, saremo disponibili a darvi altre informazioni utili, o se avete il desiderio di far sapere qualche cosa che preferite non scrivere, avrete modo di comunicarcelo durante i colloqui annuali Scuola/famiglia.

Una volta compilato, il fascicolo sarà visionato dai noi docenti e successivamente conservato con gli altri documenti del vostro bambino.

Il fascicolo compilato va consegnato alle insegnanti il giorno della "SCUOLA APERTA" **nel mese di giugno**

Le insegnanti delle Scuole dell'Infanzia
Dell'Istituto Comprensivo di Roncade
E delle scuole Paritarie dei Comuni di Roncade e Monastier

Vi informiamo che tutte le informazioni saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della scuola d'infanzia paritaria (Art. 13 del Regolamento UE 2016/679)



BAMBINO/A	
Nome	Cognome
Nato/a	il
Residente a	via

GENITORI	
Nome	Cognome
Nome	Cognome

FRATELLI	SORELLE
Nome e cognome	Nome e cognome
Età	Età
Scuola frequentata	Scuola frequentata
Nome e cognome	Nome e cognome
Età	Età
Scuola frequentata	Scuola frequentata
Nome e cognome	Nome e cognome
Età	Età
Scuola frequentata	Scuola frequentata

ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

ALTRE PERSONE CHE SI OCCUPANO DEL BAMBINO/A

PRESENZA DI FAMILIARI VICINI

FREQUENZA E VISSUTI ALL'ASILO NIDO

(porre una X a fianco alla casella predisposta , o scrivere all'interno della casella sottostante)

1. Vostro/a figlio/a ha frequentato l'asilo nido?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

2. Per quanti anni?

3. Con regolarità?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

4. Come si è inserito all'asilo nido?

--

5. Com'è stato il distacco dai genitori?

--

6. Ha mangiato volentieri i pasti all'asilo nido?

SI	
NO	
ABBASTANZA	

7. Qual è stata secondo voi l'esperienza più significativa che il vostro/a bambino/a ha vissuto all'asilo nido?

Il rapporto con le altre figure adulte	
Il rapporto con altri bambini	
La conoscenza di un ambiente diverso rispetto a quello familiare	
Altro :	

AUTONOMIA PERSONALE

SONNO:

1- Come si addormenta vostro figlio?

Senza difficoltà	
Con qualche difficoltà	
Con molta difficoltà	

2- Il ritmo del sonno è:

Regolare	
Abbastanza regolare	
Non regolare	

3- Per addormentarsi:

Ha bisogno di luce	
Si addormenta anche al buio	

4- Eventuali paure relative al sonno:

--

5- Ha necessità di dormire al pomeriggio?

Si, sempre	
Qualche volta	
Mai	

6- Eventuali abitudini riguardo al sonno pomeridiano:

--

--

- 7- Ha bisogno di avere con se un oggetto transazionale (un pupazzo, una copertina, un gioco) che non vuole mai lasciare?

--

ALIMENTAZIONE

- 1- Vostro figlio/a usa il cucchiaino e la forchetta in modo corretto per mangiare?

Si per tutti i cibi	
Solo per alcuni cibi	
No, viene sempre imboccato	
Altro	

- 2- Sa bere in modo corretto dal bicchiere reggendolo da solo?

SI	
NO	

- 3- Riesce a stare seduto a tavola fino al termine del pasto?

SI	
NO	
ABBASTANZA	

- 4- Rifiuta qualche cibo in modo assoluto? Quale?

--

CURA DI SÉ

- 1- Collabora con voi quando viene vestito?

SI	
A VOLTE	
MAI	

- 2- Si lava bene le mani da solo?

SI	
NO	
ABBASTANZA	

- 3- Sa soffiarsi il naso?

SI	
NO	
ABBASTANZA	

- 4- Usa i servizi igienici in modo adeguato?

SI	
NO, HA BISOGNO DI ESSERE AIUTATO	

5- Usa il pannolone? Quando?

--

AUTONOMIA NEL GIOCO

1- Vostro figlio/a gioca o svolge attività da solo?

SI, MOLTO SPESSO	
QUALCHE VOLTA	
RICHIESTE LA PRESENZA DELL'ADULTO	

2- Gioca con altri bambini, o con fratelli/sorelle?

SI, MOLTO SPESSO	
QUALCHE VOLTA	
RICHIESTE LA PRESENZA DELL'ADULTO	

3- Quali tipi di gioco preferisce?

DI MOVIMENTO	
DA TAVOLO (PUZZLE, MEMORY, COLORARE, COSTRUZIONI, LIBRETTI ECC....)	

4- Quando è il momento di riordinare i giocattoli:

METTE IN ORDINE DA SOLO	
COLLABORA CON VOI	
NON COLLABORA CON VOI	

5- Gioco con videogiochi al computer/tablet?

SI, DA SOLO	
SI, CON UN GENITORE/ADULTO	
QUALCHE VOLTA	
NO	
ALTRO	

6- Frequenta qualche attività di carattere ricreativo/sportivo?

SI	
NO	

Se si quale?

--

IL BAMBINO E LA TELEVISIONE

1- Vostro figlio/a è abituato a guardare la televisione o altri supporti video (computer, tablet ecc.)

SI	
QUALCHE VOLTA	
NO	

2- Quando la guarda:

È DA SOLO	
-----------	--

È CON	
-------	--

3- Per quanto tempo al giorno la guarda in generale? E in quale momento?

--

4- Guarda la televisione quando fa colazione, pranzo o cena?

SI	
QUALCHE VOLTA	
NO	

5- Di solito cosa gli piace guardare?

--

6- Parla con voi di quello che vede alla televisione?

SI	
QUALCHE VOLTA	
NO	

7- Che tipo di atteggiamenti assume quando guarda la televisione/tablet/computer?

SI EMOZIONA	
COMMENTA A PAROLE	
È PASSIVO	
TENDE AD IMITARE I PERSONAGGI TELEVISIVI	
PIANGE SE CI SONO SCENE PARTICOLARI	
ALTRO	

ASCOLTO E COMUNICAZIONE

1- Vostro figlio/a ha qualche difficoltà o incertezza nel pronunciare suoni o parole?

SI	
QUALCHE PAROLA/FONEMA	
NO	

Se si, quali?

--

2- Vostro figlio/a ascolta l'adulto che parla o tende ad interrompere o a distrarsi, anche se l'argomento è adatto alla sua età?

IN GENERE ASCOLTA	
TENDE A DISTRARSI	
TENDE AD INTERRUPE CHI PARLA	

3- È interessato/a all'ascolto di fiabe/storie raccontate o lette?

SI	
ABBASTANZA	
NO	

4- È interessato/a all'ascolto di canzoncine, musiche e filastrocche?

SI	
ABBASTANZA	
NO	

5- Dimostra di capire piccole consegne o breve storielle?

SI	
ABBASTANZA	
NO	

6- Esprime i suoi desideri, bisogni, disagi, pensieri, emozioni? Racconta le sue esperienze?

SI, SPIEGANDOSI A PAROLE	
SI, SPIEGANDOSI PIÙ CON I GESTI	
NO, RARAMENTE	
ALTRO:	

7- Parla/interagisce con gli altri bambini?

SI, CON FACILITÀ	
SI, CON QUALCHE IMBARAZZO INIZIALE	
NO	
ALTRO	

8- Di fronte a persone estranee, accetta la comunicazione? (Risponde e rivolge domande, si ritrae, lascia parlare i genitori ecc....)

--

RELAZIONI CON GLI ALTRI

1- Vostro figlio/a dimostra un attaccamento particolare per una persona?

SI	
NO	

Se si, per chi?

--

2- In genere con chi passa prevalentemente la giornata? Per quanto tempo?

--

3- In caso di contrasti con gli altri bambini, come si comporta? (Picchia, morde, piange, si spiega a parole, si rivolge ad un adulto, tace e subisce, abbandona la situazione...)

--

ASPETTATIVE VERSO LA SCUOLA DELL'INFANZIA

1- Avete parlato a vostro figlio/a della scuola dell'infanzia?

SI	
NO	

2- Come ha reagito?

SI È MOSTRATO CURIOSO	
È DESIDEROSO DI FREQUENTARLA	
È INDIFFERENTE	
È PREOCCUPATO	
SI RIFIUTA DI PARLARNE	
ALTRO:	

3- Voi, come genitori, cosa vi aspettate dalla scuola dell'infanzia?

--

REGOLE E COMPORAMENTI

1- Quali regole chiedete di rispettare a vostro figlio/a?

--

2- Quali regole in genere riesce a rispettare?

--

3- Se desiderate aggiungere qualcosa che non vi è stato chiesto, utilizzate lo spazio sottostante.

--

Data

Firma

Grazie per la collaborazione
Le insegnanti delle Scuole dell'Infanzia

