

**Presentazione del bambino da parte dei genitori**

**Ingresso Scuola dell'Infanzia**



---

**Scuola dell'Infanzia Paritaria "Asilo Vittoria" di Roncade**

Anno Scolastico: 2023/2024

○ 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 inviato alla mail [maternanido.roncade@gmail.com](mailto:maternanido.roncade@gmail.com) **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



| 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 |  |
| NO |  |

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             |  |
| ABBASTANZ<br>A |  |

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             |  |
| ABBASTANZ<br>A |  |

3- Sa soffiarsi il naso?

|                |  |
|----------------|--|
| SI             |  |
| NO             |  |
| ABBASTANZ<br>A |  |

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                    |  |
| RICHIEDE LA PRESENZA DELL'ADULTO |  |

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

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| SI, MOLTO SPESSO                 |  |
| QUALCHE VOLTA                    |  |
| RICHIEDE LA PRESENZA DELL'ADULTO |  |

3- Quali tipi di gioco preferisce?

|  |  |
|--|--|
| DI MOVIMENTO   |  |
| DA TAVOLO (PUZZLE, MEMORY, COLORARE, COSTRUZIONI, LIBRETTI<br>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, pranza 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 brevi 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

