

# QUESTIONARIO

DA COMPILARE DA PARTE DI ENTRAMBI I GENITORI E IN TUTTE LE PARTI

Cognome e nome del bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. Abitazione \_\_\_\_\_ cell. Mamma \_\_\_\_\_  
cell. Papà \_\_\_\_\_  
tel. Nonni paterni \_\_\_\_\_ Tel. Nonni materni \_\_\_\_\_  
altri telefoni utili \_\_\_\_\_ persona di riferimento \_\_\_\_\_  
**TEL. SEMPRE reperibile per emergenze** \_\_\_\_\_  
**NOME DEL PEDIATRA** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_  
Professione religiosa \_\_\_\_\_

**PADRE** \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

professione esercitata \_\_\_\_\_ orari di lavoro \_\_\_\_\_

sede di lavoro \_\_\_\_\_ telefono di lavoro \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

professione esercitata \_\_\_\_\_ orari di lavoro \_\_\_\_\_

sede di lavoro \_\_\_\_\_ telefono di lavoro \_\_\_\_\_

**FRATELLI:** nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

**CON CHI ABITA IL BAMBINO** 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**ALTRE PERSONE CHE SI OCCUPANO DI LUI** 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**GRAVIDANZA:** ci sono stati problemi durante la gravidanza?  SI  NO

---

**PARTO:** il parto è stato  a termine  pre-termine

il bambino ha avuto problemi subito dopo la nascita  SI  NO

---

**ALIMENTAZIONE:**

Usa le posate a tavola  SI  NO mangia  da solo  viene imboccato

È abituato a:  piatto unico  primo e secondo  a pezzettini

allergie eventuali \_\_\_\_\_

cibi che rifiuta \_\_\_\_\_

usa il biberon  SI  NO

annotazioni \_\_\_\_\_

**SONNO:** è abituato al riposo pomeridiano  SI  NO

dorme senza difficoltà da solo  SI  NO

Fa uso del succhiotto per dormire  SI  NO

oggetti transizionali  SI  NO

Se SI, quali \_\_\_\_\_

il sonno è:  normale  viene interrotto da incubi, paure  sonnambulismo

altro \_\_\_\_\_

**SPAZIO DI VITA:** quanto tempo trascorre davanti alla TV \_\_\_\_\_

quali programmi è abituato a guardare e con chi \_\_\_\_\_

---

ha la possibilità di giocare in uno spazio aperto(giardino, parco, ecc.)  SI  NO

ha l'abitudine di mettere in bocca oggetti  SI  NO

come gestisce i propri giocattoli (li conserva, li riordina,) \_\_\_\_\_

quali materiali è abituato ad utilizzare (tempere, plastilina, ecc.) \_\_\_\_\_

---

**RELAZIONE CON I COETANEI:** ha frequentato l'asilo nido  SI  NO

con chi gioca (da solo, con adulti, con altri bambini, con fratelli..)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

come si relaziona con gli adulti\_\_\_\_\_

come si comporta con i coetanei (cerca il contatto, è intimidito, aggredisce...)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

che tipo di giochi fa generalmente  di movimento  sedentari

va in casa di altri bambini a giocare  SI  NO

**AUTONOMIA PERSONALE:**

si veste e sveste da solo  SI  NO

ha bisogno degli altri per queste operazioni  SI  NO

si lava le mani da solo  SI  NO

va in bagno da solo  SI  NO

usa il pannolone  SI  NO se SI, quando\_\_\_\_\_

enuresi diurna  SI  NO

dorme  da solo  con i genitori

è ancora dipendente dagli adulti per operazioni di cui sarebbe capace  SI  NO

Piange spesso  SI  NO se SI, per quale ragione\_\_\_\_\_

che atteggiamento assume durante la malattia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AREA DEI LEGAMI:** con chi passa prevalentemente la giornata, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

dimostra un attaccamento particolare verso una persona  SI  NO

si SI, quale \_\_\_\_\_

come reagisce in presenza di persone esterne \_\_\_\_\_

come reagisce al momento della separazione dai genitori \_\_\_\_\_

e al momento del riavvicinamento \_\_\_\_\_

## DESCRIZIONE DEL BAMBINO:

come descrivereste il vostro bambino con qualche aggettivo:

mamma \_\_\_\_\_

papà \_\_\_\_\_

lei mamma, come vede il rapporto del bambino con il papà \_\_\_\_\_

Lei papà, come vede il rapporto del bambino con la mamma \_\_\_\_\_

avete parlato al bambino della scuola dell'infanzia  SI  NO

se SI, quale è stata la sua reazione \_\_\_\_\_

come reagisce di fronte a nuove esperienze \_\_\_\_\_

## MOVIMENTO:

quando cammina, tende a:  tenere per mano gli adulti  muoversi autonomamente

sale e scende le scale autonomamente  SI  NO

Come reagisce quando si fa male \_\_\_\_\_

**LINGUAGGIO:** sa esprimere i suoi desideri o i suoi bisogni  SI  NO

Usa altri metodi di comunicazione (gesti, segnali ...)  SI  NO

se SI, quali \_\_\_\_\_

Rivela qualche difetto nella pronuncia  SI  NO

Gli piace sentire storie, fiabe, racconti  SI  NO

**REGOLE:** a casa è abituato a seguire qualche regola  SI  NO

se SI, ne potete indicare qualcuna

come reagite voi genitori quando il bambino fa i capricci \_\_\_\_\_

quali strategie usate per farvi ascoltare \_\_\_\_\_

**QUALI SPECIFICI ARGOMENTI EDUCATIVI**

**VI INTERESSEREBBE APPROFONDIRE:**

la socializzazione

il gioco

l'aggressività

l'affettività

il ruolo di madre

il ruolo di padre

lo sviluppo linguistico

il bambino e la TV

la sessualità nell'infanzia

altro  (specificare) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che i dati di codesto questionario saranno utilizzati esclusivamente dalle insegnanti della Scuola Materna "Asilo Vittoria" Roncade.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Firma della Madre \_\_\_\_\_