ISTITUTO COMPRENSIVO SAN GIOVANNI BOSCO
Via Barchetta 2 - 41011 Campogalliano (Modena)
Tel. 059-526900 Fax 059- 528062
e-Mail i.comp.campogalliano@libero.it
C.F. 80010230367

Scuola dell'Infanzia Statale

"E. Cattani"

Questionario conoscitivo

" Nel passaggio da casa a scuola ci sono braccia che lasciano andare,
ma ci sono braccia che prendono, che accolgono, che sostengono il bambino
in questo delicato passaggio di mani e di menti"

(R. Bosi)

La compilazione del questionario, aiuterà noi insegnanti a conoscere meglio il vostro bambino/la vostra bambina, così da agevolare il suo inserimento nella scuola dell'infanzia.

BAMBINO:

NOME: _____

COGNOME : _____

LUOGO e DATA di NASCITA : _____

INDIRIZZO:

VIA: _____

NUMERO di TELEFONO: _____

PADRE:

NOME: _____

COGNOME : _____

LUOGO e DATA di NASCITA : _____

TITOLO di STUDIO: _____

PROFESSIONE: _____

SEDE del LAVORO e RECAPITO TEL:_____

CELL:_____E-mail: _____

MADRE:

NOME: _____

COGNOME : _____

LUOGO e DATA di NASCITA : _____

TITOLO di STUDIO: _____

PROFESSIONE: _____

SEDE del LAVORO e RECAPITO TEL:_____

CELL:_____E-mail: _____

FRATELLI/SORELLE

NOME:_____ ETA':_____

NOME:_____ ETA':_____

NOME:_____ ETA':_____

NOME:_____ ETA':_____

IL/LA BAMBINO/A HA FREQUENTATO IL NIDO? sì no

SE SI QUALE?_____

E COME HA VISSUTO L'ESPERIENZA?_____

_____

_____

BABY SITTER? sì no

HA FREQUENTATO SPAZI GIOCO/ LUDOTECHE? sì no

ALTRO_____

_____

_____

COME REAGISCE AL DISTACCO DAI GENITORI?

_____

_____

_____

RELIGIONE PROFESSATA:_____

PARTECIPERA' ALLE LEZIONI DI RELIGIONE A SCUOLA? sì no

ALIMENTAZIONE

HA DELLE ALLERGIE O INTOLLERANZE? sì no

SE SI, QUALI?_____

_____

IN CASO di ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI E' NECESSARIO UN CERTIFICATO MEDICO

DIETA PER MOTIVI RELIGIOSI sì no

SE SI, QUALE?_____

MANGIA DA SOLO? sì no

STA SEDUTO A TAVOLA? sì no

ALTRO_____

_____

_____

SONNO

DORME DA SOLO sì no

SE NON DORME DA SOLO, CON CHI DORME?_____

_____

E' ABITUATO/A A DORMIRE AL POMERIGGIO? sì no

ALTRO(ABITUDINI/RITUALI DEL SONNO POMERIDIANO, EVENTUALI ANSIE O PAURE DI CUI TENER CONTO)

_____

_____

_____

AUTONOMIA

VA DA SOLO IN BAGNO?	sì	no
RICONOSCE I SUOI INDUMENTI?	sì	no
SI LAVA DA SOLO?	sì	no

QUANDO HA INIZIATO A CAMMINARE? _____

ALTRO_____

_____

_____

COME SI RELAZIONA CON GLI ADULTI

CON I FAMILIARI _____

_____

_____

CON GLI ESTRANEI _____

_____

_____

CON CHI TRASCORRE IL TEMPO EXTRASCOLASTICO

_____

_____

_____

RELAZIONE CON I FRATELLI

(È TRANQUILLO, AFFETTUOSO OPPURE GELOSO, AGGRESSIVO…)

_____

_____

_____

RELAZIONE CON GLI ALTRI BAMBINI

(PREFERISCE GIOCARE DA SOLO O CON ALTRI, FREQUENTA ABITUALMENTE ALTRI BAMBINI…)

_____

_____

_____

GIOCO

(PREFERISCE GIOCHI TRANQUILLI o di MOVIMENTO, HA GIOCATTOLI/ ATTIVITA/ LIBRI PREFERITI, RIORDINA DOPO AVER GIOCATO, GIOCHI o ATTIVITA' CHE CONDIVIDETE CON IL VOSTRO BAMBINO…)

_____

_____

_____

_____

_____

LINGUAGGIO (USA UN LINGUAGGIO COMPRENSIBILE, ASCOLTA FIABE E FILASTROCCHE, EVENTUALE ALTRA LINGUA PARLATA IN FAMIGLIA…)

_____

_____

_____

EVENTUALI ANNOTAZIONI (CHE CI PERMETTANO DI CONOSCERE MEGLIO IL VOSTRO BAMBINO/LA VOSTRA BAMBINA)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

LE VOSTRE ASPETTATIVE

_____

_____

_____

_____

_____

_____