



**Scuola dell'Infanzia MARIA IMMACOLATA**

via Nazario Sauro, 16

37057 Pozzo – San Giovanni Lupatoto (VR)

CF: 80029220235 Partita I.V.A. : 00768790230

Tel./Fax 045 8778120 E-mail: info@scuolamaternapozzo.it



## Questionario conoscitivo

Anno scolastico 2018-2019

Cari genitori,

vi chiediamo di rispondere in modo semplice e sincero ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del vostro bambino/a: queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento e la frequenza scolastica.

Precisiamo che nelle stesse sezioni non verranno inseriti bambini con rapporti di parentela (fratelli, cugini).

Foto del bambino/a

NOME COGNOME:

NATO/A IL:

DATA DI NASCITA

IL QUESTIONARIO È COMPILATO DA:

- UN GENITORE
- ENTRAMBI I GENITORI
- ALTRO FAMILIARE

Il bambino/a ha frequentato l'asilo nido o altre strutture per la prima infanzia \_\_\_\_\_?

Come è stata vissuta questa esperienza dal bambino/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E dai genitori? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chi si è occupato del bambino fino ad ora? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **AUTONOMIA PERSONALE**

**MOTORIA:**

A quale età ha cominciato a camminare? \_\_\_\_\_

Si muove in modo agile, spericolato o con prudenza? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utilizza le giostre del parco giochi? \_\_\_\_\_

Ha paura di sporcarsi? \_\_\_\_\_

**GIOCO:**

preferisce giocare da solo o in compagnia? \_\_\_\_\_

quali giochi preferisce? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usa correttamente i propri giocattoli? \_\_\_\_\_

Per quanto tempo si concentra su un gioco? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LINGUAGGIO:

A che età ha iniziato a parlare? \_\_\_\_\_

Comunica con il linguaggio o con i gesti? \_\_\_\_\_

Riesce sempre a farsi capire? \_\_\_\_\_

Ha qualche difetto di pronuncia? \_\_\_\_\_

Il bambino si esprime abitualmente in dialetto o in italiano? \_\_\_\_\_

---

PER I GENITORI DI ORIGINE STRANIERA:

Da quanto tempo siete in Italia? (mese e anno) \_\_\_\_\_

Lingua parlata in famiglia \_\_\_\_\_

Il bambino parla e comprende la lingua italiana \_\_\_\_\_

Dieta per motivi religiosi \_\_\_\_\_ quale? \_\_\_\_\_

BAGNO

Utilizza ancora il pannolino di giorno e/o di notte? \_\_\_\_\_

---

Tenta di vestirsi/svertirsi da solo/a? \_\_\_\_\_

È capace di soffiarsi il naso? \_\_\_\_\_

ALIMENTAZIONE

Mangia da solo/a? \_\_\_\_\_

Mangia al tavolo e utilizza le  
posate? \_\_\_\_\_

Accetta o rifiuta di assaggiare? \_\_\_\_\_

Mangia con gusto, con voracità o deve essere  
incoraggiato? \_\_\_\_\_

Come vi comportate se rifiuta di mangiare? \_\_\_\_\_

---

## GESTIONE DEL SONNO

Dorme tutta la notte o ha un sonno agitato? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

È abituato/a a dormire nel pomeriggio? \_\_\_\_\_

Usa il ciuccio o altri oggetti per addormentarsi? \_\_\_\_\_

Si addormenta da solo? \_\_\_\_\_

Dorme nella propria camera? \_\_\_\_\_

## VITA RELAZIONALE

### IN FAMIGLIA

Quali momenti della giornata trascorre con i genitori?

\_\_\_\_\_

Accetta il rimprovero? \_\_\_\_\_

Quanto tempo trascorre davanti alla tv, con il tablet o videogiochi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CON GLI ALTRI

Ha la possibilità di trascorrere del tempo con i coetanei o altri bambini? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fa facilmente amicizia con nuovi bambini? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Come si comporta nei confronti delle persone nuove? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AIUTATECI ANCORA

È stato ospedalizzato? \_\_\_\_\_

\*Presenta allergie alimentari certificate dal medico? \_\_\_\_\_ quali? \_\_\_\_\_

\*PER RICHIEDERE IL MENU' PERSONALIZZATO PER I BAMBINI CHE HANNO INTOLLERANZE O ALLERGIE ALIMENTARI, E' NECESSARIO PRESENTARE IL CERTICATO MEDICO A SETTEMBRE.

Presenta altri tipi di allergia che necessitano di farmaci? \_\_\_\_\_

Soffre di tic, balbuzie, malori ricorrenti e malattie croniche? \_\_\_\_\_

Ha delle paure particolari o stati d'ansia? \_\_\_\_\_

È attualmente seguito da specialisti? \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

## RIFLESSIONI SULLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Perché avete scelto questa scuola? \_\_\_\_\_

Quali sono le vostre aspettative nei confronti della scuola? \_\_\_\_\_

Siete disponibili alla cooperazione? \_\_\_\_\_

Quali regole ritenete importanti? \_\_\_\_\_

Come pensate che il bambino/a possa affrontare l'inserimento? \_\_\_\_\_

---

Come pensate di affrontare voi l'inserimento? \_\_\_\_\_

---

---

Vi ringraziamo per la cortese collaborazione

le Insegnanti e la  
Coordinatrice

Garantiamo la riservatezza dei dati e delle informazioni, che non saranno cedute a terzi.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

---

---