

## **QUESTIONARIO DI CONOSCENZA PER LE FAMIGLIE**

### **Bambino**

Nome .....

Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Residenza .....

Indirizzo .....

### **Padre**

Nome .....

Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Professione .....

Sede e orari di lavoro .....

Interessi specifici .....

Rapporto con il/la figlio/a .....

.....

Note particolari .....

### **Madre**

Nome .....

Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Professione .....

Sede e orari di lavoro .....

Interessi specifici .....

Rapporto con il/la figlio/a .....

Note particolari .....

**Fratelli/Sorelle (del/la bambino/a)**

Nome .....

Cognome .....

Età .....

Professione .....

Sede e orari di lavoro .....

Interessi specifici .....

Rapporto con il/la bambino/a .....

Note particolari .....

**Altri componenti del nucleo familiare**

**Altre persone che si occupano del/la bambino/a (famigliari, babysitter ecc.)**

**Dati sulla nascita**

Ci sono stati problemi durante la gravidanza?.....

Se sì, in quali mesi? .....

Il parto è stato: Prematuro Postmaturo Nel tempo regolare

Il parto è avvenuto: Naturalmente Con intervento operatorio

Il/la bambino/a ha pianto subito? .....

Ha avuto problemi dopo la nascita? .....

Se sì, quali? .....

### **Dati dopo la nascita**

Per quanti mesi è stato/a allattato/a al seno? .....

Mangiava regolarmente? .....

Ha incontrato difficoltà? .....

Dormiva a intervalli regolari? .....

Dormiva bene? .....

Quali malattie ha avuto? .....

È mai stato ricoverato all'ospedale? .....

Se sì, per quali disturbi? .....

A quale età? .....

### **Quando ha iniziato a:**

Sorridere: .....

Stare seduto/a: .....

Mangiare cibi solidi: .....

Gattonare: .....

Pronunciare le prime parole: .....

Reggersi in piedi: .....

Camminare da solo/a: .....

Formulare frasi con due o più parole: .....

Fare la pipì nel bagno: .....

Fare la pupù nel bagno: .....

Non fare la pipì a letto: .....

Mangiare da solo/a: .....

## **Alimentazione**

Quali cibi predilige? .....

Quali cibi rifiuta? .....

Come si è svolto lo svezzamento? .....

Autonomia nel mangiare: .....

Eventuali allergie a: .....

## **Sonno**

Ha bisogno della luce o del buio per dormire? .....

Si prepara al sonno così: .....

Oggetti transizionali: .....

Ritmo del sonno (regolare o non regolare) .....

Abitudini nel riguardi del sonno pomeridiano .....

Note particolari .....

## **Ruoli in famiglia**

La madre si occupa di .....

Il padre si occupa di .....

Il/La bambino/a si occupa di (piccoli compiti di responsabilità) .....

.....

Tempi dedicati al gioco con il/la bambino/a .....

Quali attività/giochi svolgete con lui/lei? .....

Note particolari .....

## **Spazi ed esperienze in famiglia**

Ha una stanza sua? .....

Quali spazi utilizza per il gioco? .....

Quali oggetti della casa predilige? .....

Può o non può utilizzarli? .....

Quali giochi predilige? .....

Quali giocattoli ha a disposizione? .....

Come li gestisce e li ordina? .....

Quanto tempo passa davanti alla TV? .....

Quali libri ha a disposizione? .....

Note particolari .....

## **Autonomia operativa**

Quali attività svolge da solo/a? .....

Si veste e di sveste da solo/a? .....

Si lava da solo/a? .....

Si lava i denti? .....

Usa le posate a tavola? .....

Decide da solo/a che cosa mangiare? .....

Sceglie i giochi? .....

Va in bagno da solo/a? .....

Dorme da solo/a? .....

Dipende dagli adulti per fare: .....

Note particolari .....

## **Autonomia relazionale**

Ha frequentato altre strutture scolastiche? .....

Gli/Le piace giocare con altri bambini? .....

Quali riceve a casa? .....

Va a casa di altri bambini per giocare? .....

Preferisce giocare con i bambini o con gli adulti? .....

Fa amicizia facilmente? .....

Ha un amico/a del cuore? .....

Note particolari .....

### **Curiosità e interessi**

Cosa lo/la incuriosisce? .....

Quali domande pone più spesso? .....

Quali cose vuole toccare e manipolare? .....

Note particolari .....

### **Motricità**

Sale e scende le scale? .....

Corre da solo/a? .....

Va sul triciclo? .....

Va sullo scivolo? .....

Si muove liberamente nell'acqua? .....

Fa scarabocchi? .....

Lancia la palla? .....

Afferra la palla? .....

Sa reggersi su un piede solo? .....

Salta e saltella? .....

## **Linguaggio**

Parla con gli sconosciuti? .....

Parla spesso? .....

Comunica più con le parole o con i gesti? .....

Ascolta i discorsi degli altri? .....

Gli/Le vengono lette fiabe o storie? .....

Sa esprimere bisogni e desideri? .....

Riesce sempre a farsi capire? .....

Ha qualche difetto di pronuncia? .....

Ha molte o poche occasioni di comunicazione? .....

Note particolari .....

## **Eventuali caratteristiche**

Enuresi notturna .....

Enuresi diurna .....

Paure .....

Difficoltà relazionali (con bambini o adulti) .....

Piange spesso? .....

Se sì, in quali occasioni? .....

Come gestite il pianto e i capricci? .....

.....

.....

.....

.....

.....

## RAPPORTO SCUOLA-FAMIGLIA

Quali sono i principi educativi che desiderate impartire a vostro/a figlio/a?

.....

.....

.....

Cosa cercate in una struttura scolastica per il/la vostro/a bambino/a?

.....

.....

.....

Quali sono le vostre maggiori preoccupazioni nell'inserire vostro/a figlia in un contesto sociale?

.....

.....

.....

Che tipo di supporto vorreste ricevere da un insegnante?

.....

.....

.....

Note particolari

.....

.....

.....

.....

.....