



## UN QUESTIONARIO PER MAMMA E PAPÀ

**COGNOME NOME** (del bambino/a).....

codice fiscale.....

nato/a a .....il .....

residente in.....

via.....

città.....CAP.....

cittadinanza.....

**RECAPITI TELEFONICI:** casa.....

mamma.....

papà.....

altro (nonni, baby sitter).....

**MAMMA** cognome e nome madre.....

codice fiscale.....

luogo e data di nascita .....

titolo di studio.....

professione e sede di lavoro.....

orari di lavoro.....

indirizzo posta elettronica.....

**PAPÀ** cognome e nome padre.....

codice fiscale.....

luogo e data di nascita .....

titolo di studio.....

professione e sede di lavoro.....

orari di lavoro.....

indirizzo posta elettronica.....

## FRATELLI/SORELLE E ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

nome .....età..... nome .....età.....

nome .....età..... nome .....età.....

Altre persone che si occupano del bambino/a (nonni, baby sitter)

.....  
.....

Il/la bambino/a viene educato secondo criteri cristiani cattolici (battesimo, momenti di preghiera..)?.....

## DATI SULLA NASCITA

La madre ha avuto problemi durante la gravidanza o il parto? sì  no

Quali?.....

## AUTONOMIA OPERATIVA

	sì	no
Si veste e si sveste da solo/a		
Si lava i denti		
Va in bagno da solo/a		
Ha raggiunto il controllo sfinterico		

## ALIMENTAZIONE

È stato/a allattato/a al seno?.....

Se sì per quanto tempo?.....

Utilizza ancora il biberon?.....

Lo svezzamento è stato regolare?.....

È autonomo/a nel mangiare?.....

Utilizza correttamente le posate?.....

Eventuali allergie /intolleranze alimentari (allegare copia certificato dello specialista).....

.....

## GIOCO E RELAZIONE

	sì	no
Gioca da solo/a		
Gioca con gli altri		
Condivide materiale/giochi		
Utilizza libri illustrati		
Rispetta le regole del gioco		
Si concentra a lungo su un gioco		
Si difende con aggressività		

Con chi preferisce giocare?

Mamma	
Papà	
Fratello/sorella	
Bambini più piccoli	
Bambini più grandi	
Da solo	
Altro.....	

Quali giochi predilige?.....

Quanto tempo passa davanti allo schermo (tv, tablet, telefono)?.....

### SONNO

Ha abitudini rispetto al sonno notturno (ciuccio, peluche, luce accesa, pannolino)?

.....

Dorme nel lettino?.....

Abitudini nei riguardi del riposo pomeridiano.....

### INTERESSI PERSONALI

Che cosa lo/a incuriosisce

.....

Quali domande pone più spesso

.....

### MOTRICITÀ

Ha avuto un regolare sviluppo motorio? (stare seduto, gattonare, camminare...)

### COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO

	sì	no	altro.....
Comprende l'italiano (per i bambini stranieri)			
Parla l'italiano (per i bambini stranieri)			
Comprende consegne e/o istruzioni			
Gli piace ascoltare fiabe, favole, storie			

Ha qualche difetto di pronuncia : sì  no  se sì quale.....

### COMPORAMENTI

	sì	no	altro.....
Piange facilmente			
È ubbidiente			
È geloso/a			
Chiede aiuto			
Accetta volentieri l'idea di andare a scuola			

## EMOTIVITÀ

Cosa lo/la rende felice?.....  
Cosa lo/la spaventa?.....  
Cosa lo/la rattrista?.....  
Cosa lo/la fa arrabbiare?.....  
Quali reazioni ha quando si arrabbia?.....

## ESPERIENZE SCOLASTICHE PRECEDENTI

Ha frequentato nido o ludoteca?.....Quale?.....  
È stata un'esperienza positiva?.....  
Come viveva il momento del distacco al  
mattino?.....

## Allegare certificati e diagnosi in caso di problematiche certificate

## ALTRO

Eventuali annotazioni:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Grazie per la collaborazione  
La Comunità educante**



*Fondazione Gérine Fabre*  
SCUOLA DELL'INFANZIA "SAN GIUSEPPE"  
*Via delle Cascate 4 — Fiano Romano ROMA - 00065 - Tel. 0765.38.90.06*  
*P.I. 13951651002 - C.F. 97890930585*  
*scuolasgiuseppe@libero.it*