



**a.s. 2023-2024**

**FONDAZIONE ASILO INFANTILE "LODOVICO PAGANI"**

Via Quercioli, 161 - 43124 PARMA – loc. Panocchia - tel. 0521 637481

[scuolamaternapagani@gmail.com](mailto:scuolamaternapagani@gmail.com) - [scuolamaternapagani@pec.it](mailto:scuolamaternapagani@pec.it)

**DA RESTITUIRE ALLA SCUOLA DURANTE LA RIUNIONE DI GIUGNO 2023**

**FASCICOLO PERSONALE**

**BAMBINO**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Proviene dall'asilo nido. Per quanto tempo lo ha frequentato \_\_\_\_\_

Proviene dalla famiglia

**GENITORE 1**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

**GENITORE 2**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

**FRATELLI**

Di età superiore precisare gli anni \_\_\_\_\_

Di età inferiore precisare gli anni \_\_\_\_\_

## **QUESTIONARIO RIVOLTO AI GENITORI DEI BAMBINI CHE ENTRANO PER LA PRIMA VOLTA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

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

### **AUTONOMIA PERSONALE**

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

Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno e notturno?    **SI**      **NO**

Va in bagno da solo?    **SI**      **NO**

Richiede particolari attenzioni da parte dell'adulto per i propri bisogni?    **SI**      **NO**

### **ALIMENTAZIONE**

Com'è il suo rapporto con il cibo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ci sono cibi che non gradisce?    **SI**      **NO**

Se **SI** quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presenta specifiche allergie alimentari? **SI**    **NO**

Se **SI** quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vi sono aspetti riguardanti l'alimentazione o la salute del bambino dei quali ritenete opportuno informare le Insegnanti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RIPOSO**

E' abituato a dormire nel pomeriggio? SI NO

Utilizza il "ciuccio" o altri oggetti particolari? SI NO

Se SI quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abitualmente dorme da solo o con altri? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si addormenta da solo? SI NO

**VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE**

Quali giochi predilige? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preferisce giocare da solo? SI NO

Se SI con chi preferisce giocare? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preferisce giochi sedentari o di movimento? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Affronta giochi o movimenti rischiosi? SI NO

Come usa i propri giocattoli (li cura, li conserva, li mette in comune con gli altri)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (ad es. ascolto, contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazioni ecc.)

---

---

---

**AIUTATECI ANCORA**

Indicate ciò che ritenete opportuno rispetto ai seguenti punti:

Com'è la salute del vostro bambino? \_\_\_\_\_

Ha delle paure? SI NO

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

---

---

---

---

E' autonomo? SI NO

Cosa sa fare? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Com'è il suo linguaggio? (Sa comunicare verbalmente facendosi capire da chi lo ascolta? Utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità ecc.)

---

---

---

---



