

# SCHEDA CONOSCITIVA DI INGRESSO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

## DATI DEL BAMBINO

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA/DOMICILIO	
VIA/PIAZZA	

## DATI DEI GENITORI/FAMILIARI

NOME DEL PADRE	
Domicilio	
Recapito telefonico	
E-mail	
NOME E COGNOME DELLA MADRE	
Domicilio	
Recapito telefonico	
E-mail	

1. Il bambino ha fratelli o sorelle?                      Sì  No   
    Se sì, che età hanno .....
2. Il bambino ha frequentato il nido?                      Sì  No   
    Se sì, ha vissuto l'esperienza educativa dell'asilo nido in modo:  
    ○ Sereno  
    ○ Difficoltoso  
    .....

## AUTONOMIA PERSONALE

- Il bambino usa da solo i servizi igienici ? Sì  No
- Usa il pannolone in alcuni momenti del giorno? Sì  No   
Se sì, quando?.....
- Mangia da solo? Sì  No
- Usa le posate? Sì  No
  
- Si veste da solo? Sì  No
- Rifiuta alcuni cibi? Sì  No   
Se sì, quali?.....
- Eventuali malattie , allergie o intolleranze da segnalare ai docenti? Sì  No   
Se sì, quali?.....
- Il bambino manifesta particolari paure e/o stati d'ansia? Sì  No   
Se sì, quando?.....
- Il bambino presenta fenomeni di pianto frequente? Sì  No   
Se sì, quando e come viene rassicurato.....  
.....
  
- Il bambino è abituato al sonno pomeridiano? Sì  No
- Usa oggetti transizionali? (ciuccio, peluche,.....) Sì  No
- Se sì, quale .....

## COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO

- A che eta' ha iniziato a parlare?.....
  
- Usa un linguaggio comprensibile all'adulto? Sì  No   
Se no, come comunica i propri bisogni? (con il pianto, con la gestualità ecc...)  
.....
- Il bambino si esprime abitualmente in dialetto o in italiano?.....
- Il bambino ha difficoltà di pronuncia di alcuni suoni? Sì  No   
Se sì, quali? .....
- E' seguito/a dal logopedista e/o altre figure?.....

### BAMBINI DI ALTRA NAZIONALITA'

- Nazionalità del bambino/a.....
- Che lingua si parla in famiglia?.....
- Il bambino/a comprende la lingua italiana?    Sì  No
- Il bambino/a parla la lingua italiana?        Sì  No

### STORIA PERSONALE:

- Episodi rilevanti verificatisi durante i primi anni di vita        Sì  No   
Se sì, quali .....
- Chi si è occupato del bambino sino a questo momento oltre ai genitori?.....
- Predilige il rapporto con i coetanei o con l'adulto?.....
- Gioca da solo o interagisce con gli altri?
- Quali sono i giochi che preferisce:
  - costruzioni, bambole, puzzle, disegno...
  - di movimento
  - dispositivi (telefono, tablet, videogiochi)
  - altro .....
- Il bambino è interessato ad ascoltare storie lette dall'adulto?        Sì  No
- Il bambino prova piacere a sfogliare libri e riviste?                Sì  No