

ISTITUTO COMPRENSIVO 1° "D'ACQUISTO-LEONE"

VIA INDIPENDENZA, 1 – 80038 POMIGLIANO D'ARCO
Distretto n° 31 – C. F. 93076670632 – C. M. NAIC8G1003
Telefono e fax 081/3177304 – e mail NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT
Sito Web: www.ic1dacquistoleone.edu.it - postacertificata:

QUESTIONARIO CONOSCITIVO DEL BAMBINO IN ENTRATA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

“ACCOGLIERE UN BAMBINO NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA SIGNIFICA MOLTO DI PIU' CHE FARLO ENTRARE NELL'EDIFICIO DELLA SCUOLA, ASSEGNARGLI UNA CLASSE E TROVARGLI UN POSTO DOVE STARE, L'ACCOGLIENZA E' UN METODO DI LAVORO COMPLESSO, E' UN MODO DI ESSERE DELLA SCUOLA E DEGLI ADULTI, E' UN'IDEA CHIAVE DEL PROCESSO EDUCATIVO.” (G. Staccioli)
Accogliere un bambino nella scuola dell'infanzia significa creare le condizioni che favoriscano il più possibile la percezione di un clima positivo che, in questa fase delicata dello sviluppo personale, consenta di superare i timori verso un'esperienza nuova e il disorientamento iniziale.

Vi chiediamo, perciò, di compilare il seguente questionario di ingresso: ci aiuterà a conoscere meglio il/la vostro/a bambino/a al fine di predisporre un'accoglienza personalizzata e adeguata alle reali esigenze di ognuno. Grazie le insegnanti

DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME _____
NATO A _____ PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____
VIA _____ N° _____
MASCHIO ☐ FEMMINA ☐

Scelta dell'insegnamento della Religione Cattolica

SI' ☐ NO ☐

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Genitore 1

Nome _____ Cognome _____
Luogo e data di nascita _____
Professione _____
Indirizzo e- mail _____, _____ N° cell. _____

Genitore 2

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____

Indirizzo e- mail _____ N° cell. _____

Fratelli e Sorelle

Nome _____ Età _____

Nome _____ Età _____

Nome _____ Età _____

Altri componenti del nucleo familiare _____

Altre persone che si occupano del bambino _____

AUTONOMIA E MOTRICITA'

AUTONOMIA PERSONALE

Si veste e si spoglia da solo?	SI' ☐	NO ☐
Riconosce i propri abiti?	SI' ☐	NO ☐
Va in bagno da solo ed è in grado di provvedere alla propria pulizia?	SI' ☐	NO ☐
Avvisa quando deve andare il bagno?	SI' ☐	NO ☐
Ha il controllo sfinterico	SI' ☐	NO ☐
Si lava le mani da solo/a?	SI' ☐	NO ☐
Soffia il naso al bisogno?	SI' ☐	NO ☐

ALIMENTAZIONE

Il bambino mangia	☐ Poco ☐ molto ☐ In modo regolare
Ha un rapporto con il cibo	☐ buono (mangia volentieri e di tutto) ☐ sufficiente (non ha problemi di appetenza anche se "sceglie" cosa mangiare) ☐ problematico (è inappetente o molto difficile nello scegliere i cibi)
Mangia	☐ da solo ☐ deve essere incoraggiato ☐ viene imboccato ☐ mangia al tavolo utilizzando le posate e il bicchiere
Cibi rifiutati (specificare)	
Cibi preferiti (specificare)	

SONNO

Si addormenta da solo?	SI' ☐	NO ☐
Dorme nella propria camera?	SI' ☐	NO ☐
E' abituato al riposo pomeridiano?	SI' ☐	NO ☐
Usa abitualmente il ciuccio?	SI' ☐	NO ☐

MOTRICITA'	
Si muove	☐ con disinvoltura ☐ con prudenza
Supera gli ostacoli	☐ senza timore ☐ li evita ☐ cerca l'aiuto dell'adulto
Usa attrezzature motorie (altalena scivolo bicicletta monopattino)	SI' ☐ NO ☐
Come scende le scale?	☐ alternando entrambi i piedi ☐ senza appoggi ☐ appoggiandosi al corrimano ☐ all'indietro, appoggiando anche le mani ☐ usando un solo piede alla volta
Usa volentieri: pennarelli, matite colorate, colori a dita, pennelli...	SI' ☐ NO ☐
Sa manipolare: il pongo, pasta di sale...	SI' ☐ NO ☐
Ha avversione per prodotti da manipolare	SI' ☐ NO ☐
Ha attraversato la fase del carponi?	SI' ☐ NO ☐
Se portato a passeggio, rimane vicino all'adulto?	SI' ☐ NO ☐ tende a muoversi autonomamente

SPAZI DI VITA E ABITUDINI	
Con chi trascorre la maggior parte del tempo libero? Con:	☐ Nonni ☐ Genitori ☐ Baby sitter ☐ Altri
Con chi preferisce giocare?	☐ coetanei ☐ adulti
Quali sono i suoi giochi preferiti?	☐ di movimento (corsa, scivolo, calcio, capriole...) ☐ giochi strutturati (lego, puzzle...) ☐ bambole e/o macchinine ☐ altro _____
Come gestisce i propri giocattoli ?	☐ li riordina e li conserva con cura ☐ non li riordina ma ne ha cura ☐ non se ne cura ☐ li distrugge
Gli piace guardare la Tv?	SI' ☐ NO ☐
Per quanto tempo?	☐ circa un'ora al giorno ☐ circa 2 ore ☐ diverse ore
Con chi guarda la Tv?	☐ da solo ☐ con amichetti o fratelli ☐ Con adulti
E' abituato ad usare "materiale scolastico" (forbicine, colla, pennarelli...)?	SI' ☐ NO ☐ in parte ☐
Gli piace sfogliare libri e/o giornali?	SI' ☐ NO ☐

RELAZIONI E PAURE	
Ha frequentato il nido?	SI' ☐ NO ☐
Quale?	
Preferisce giocare :	☐ da solo ☐ con gli altri bambini
Gioca senza la presenza di un adulto?	SI' ☐ NO ☐
Quando piange gradisce essere coccolato?	SI' ☐ NO ☐
Ascolta e segue le indicazioni dell'adulto?	SI' ☐ NO ☐
Ha la possibilità di frequentare altri bambini ?	SI' ☐ NO ☐
Ha difficoltà ad intrecciare rapporti ?	SI' ☐ NO ☐ in parte ☐
Se "sì o in parte", con chi?	☐ con gli adulti ☐ con i coetanei
Ha delle paure? Se sì quali?	☐ SI' _____ ☐ NO
Come le manifesta	
In che modo si tranquillizza	

LINGUAGGIO	
La comunicazione e le richieste sono:	☐ chiare ☐ comprensibili ☐ non sempre comprensibili
Risponde alle domande dell'adulto:	☐ generalmente sì ☐ non sempre ☐ si limita al sì e al no
Accompagna il linguaggio:	☐ con la mimica o la gestualità ☐ preferisce esprimersi con gesti
Comprende quanto gli viene detto?	SI' ☐ NO ☐
Riesce a farsi capire meglio	☐ con i gesti ☐ con le parole
Pone domande?	SI' ☐ NO ☐
E' in grado di comprendere e portare a termine una consegna?	SI' ☐ NO ☐ in parte ☐
Piange di frequente?	SI' ☐ NO ☐ in parte ☐
Se "sì o in parte"	☐ senza motivo apparente ☐ per ragioni emotive ☐ altro _____

LINGUA PARLATA (solo alunni stranieri)	Italiano	altra lingua (specificare)
BAMBINO/A	SI' ☐ NO ☐	

PAPA'	SI' ☐	NO ☐	
MAMMA	SI' ☐	NO ☐	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
Segnalare eventuali malattie gravi (convulsioni, epilessia...)	☐ Si ☐ No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
Allergie accertate clinicamente o diete etico-religiose	☐ Si ☐ No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
E' attualmente seguito da specialisti (Se sì, indicare quali e presso quale servizio)	☐ Si ☐ No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
Vi sono aspetti riguardanti il bambino dei quali è necessario informare le insegnanti?	☐ Si ☐ No (In caso di risposta affermativa presentare certificazione medica)
Che tipo di aspettative avete nei confronti della scuola dell'infanzia?	

Data -----

Firma -----

Firma -----

Si informa che i dati personali raccolti saranno utilizzati solo dal personale scolastico dell'Istituto Comprensivo **UNICAMENTE PER FINALITÀ DIDATTICO/ORGANIZZATIVE** e, pertanto, destinati ad un uso interno all'istituzione scolastica.