



Congregazione delle Suore Ancelle dell'Amore Misericordioso  
SCUOLA AMORE MISERICORDIOSO  
Sezione Primavera "MADRE SPERANZA", Infanzia e Primaria  
Via Casilina 323- 00176 - ROMA  
Tel. 06/278601 - Cell. 351/5350341  
Mail: segreteria@scuolaamoremisericordioso.it

SEZIONE PRIMAVERA

## QUESTIONARIO CONOSCITIVO PERSONALE DEL BAMBINO

Anno educativo \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici del bambino/a

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici dei genitori

Nome e cognome mamma \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici mamma \_\_\_\_\_

Età della mamma \_\_\_\_\_ Professione della mamma \_\_\_\_\_

Nome e cognome papà \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici papà \_\_\_\_\_

Età del papà \_\_\_\_\_ Professione del papà \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

### Notizie generiche

Vi chiediamo di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del vostro/a bambino/a; queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento alla Sezione Primavera.

A casa chi si occupa del bambino/a per la maggior parte del tempo? \_\_\_\_\_

Chi si è occupato di lui/lei prima che venisse alla Sezione Primavera? \_\_\_\_\_

Dove trascorre la maggior parte del tempo durante le ore di veglia? \_\_\_\_\_

Con chi gioca? \_\_\_\_\_

Vuole la presenza di un adulto che giochi con lui/lei \_\_\_\_\_

o gli/le basta vedere qualcuno nelle vicinanze? \_\_\_\_\_

Ha giochi preferiti? \_\_\_\_\_ Indicare quali \_\_\_\_\_

Ha la possibilità di esplorare la casa muovendosi da solo/a? \_\_\_\_\_

È abituato a giocare all'esterno? \_\_\_\_\_ Dove? \_\_\_\_\_

Ci sono stati allontanamenti precoci dai genitori? \_\_\_\_\_

Se sì, come mai? \_\_\_\_\_

Ospedalizzazione (a che età e per quanto tempo, reazioni del bambino/a) \_\_\_\_\_

Il bambino/a ha già frequentato un asilo nido? \_\_\_\_\_

Se sì, come ha vissuto l'esperienza? \_\_\_\_\_

### Autonomia personale

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

Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno e diurno? \_\_\_\_\_

Se no, come viene cambiato/a? \_\_\_\_\_

Eventuali note (segnalare problemi particolari) \_\_\_\_\_

### Riposo

È abituato a dormire durante il giorno? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Utilizza il ciuccio o altri oggetti particolari? \_\_\_\_\_ Quali? \_\_\_\_\_

Dove dorme il /la bambino/a? Ha una stanza tutta sua? \_\_\_\_\_

Si addormenta da solo? (Se no, come e con chi?) \_\_\_\_\_

Orari abituali del sonno \_\_\_\_\_

### Vita affettiva e relazionale

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

Preferisce giocare da solo? \_\_\_\_\_ Se no, con chi preferisce giocare? \_\_\_\_\_

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

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

Affronta giochi o movimenti rischiosi? \_\_\_\_\_ Se sì, quali? \_\_\_\_\_

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

Com'è il suo linguaggio? (sa comunicare verbalmente facendosi capire da chi lo ascolta; utilizza altre modalità quali il pianto la mimica, la gestualità) \_\_\_\_\_

Quando ha detto le prime parole? \_\_\_\_\_

Quando ha detto frasi di due parole? \_\_\_\_\_

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (Ad esempio: ascolto, contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazione, ecc.) \_\_\_\_\_

## Alimentazione e salute

A che età ha cominciato lo svezzamento? \_\_\_\_\_

Consistenza del cibo che è abituato/a a mangiare (frullato, tritato, a pezzi) \_\_\_\_\_

Dove sta seduto/a mentre mangia? (Seggiolone, in braccio, altro) \_\_\_\_\_

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

È in grado di usare il cucchiaino o altre posate? \_\_\_\_\_

Ha la possibilità di manipolare il cibo mentre mangia? \_\_\_\_\_

Ci sono cibi che non gradisce? \_\_\_\_\_ Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Presenta specifiche allergie? \_\_\_\_\_ Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Presenta intolleranze alimentari? \_\_\_\_\_ Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Vi sono aspetti riguardanti la salute o alimentazione del bambino dei quali ritenete opportuno informarci? \_\_\_\_\_

Soffre di allergie o intolleranze a medicinali o farmaci? \_\_\_\_\_ Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Soffre di allergie o intolleranze a prodotti per il bagno e la cura igienica? (Saponi, shampoo, creme, talco, ecc.) \_\_\_\_\_

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

## Aiutateci ancora

Indicate ciò che ritenete opportuno rispetto ai seguenti punti:

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

Ha delle paure? \_\_\_\_\_ Se sì, quali? \_\_\_\_\_

E autonomo? \_\_\_\_\_ In che modo? \_\_\_\_\_

**Grazie della vostra collaborazione**