



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
Primaria Paritaria  
"Amore Misericordioso"  
Via Casilina, 323 - 00176 Roma  
Tel: 06278601 - Fax: 0627860834  
E-mail: [scuola.amore.m@pcn.net](mailto:scuola.amore.m@pcn.net)

**Questionario Conoscitivo  
personale del bambino**  
Compilato dai genitori  
Sezione Primavera  
Micro Asilo "Madre Speranza"



*Micro Asilo "Madre Speranza"*

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

DATI ANAGRAFICI del bambino/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

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



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
Primaria Paritaria  
"Amore Misericordioso"  
Via Casilina, 323 – 00176 Roma  
Tel: [06278601](tel:06278601) – Fax: 0627860834  
E-mail: [scuola.amore.m@pcn.net](mailto:scuola.amore.m@pcn.net)

**Questionario Conoscitivo  
personale del bambino**  
Compilato dai genitori  
Sezione Primavera  
Micro Asilo "Madre Speranza"



**Dati Anagrafici dei genitori**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

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

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

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici papà \_\_\_\_\_

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

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

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 al Micro

Grazie.

**NOTIZIE GENERICHE**

A casa chi si occupa del bambino/a per la maggior parte del tempo,

\_\_\_\_\_

e chi si è occupato di lui/lei prima che venisse al micro? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
Primaria Paritaria  
"Amore Misericordioso"  
Via Casilina, 323 – 00176 Roma  
Tel: 06278601 – Fax: 0627860834  
E-mail: [scuola.amore.m@pcn.net](mailto:scuola.amore.m@pcn.net)

**Questionario Conoscitivo  
personale del bambino**  
Compilato dai genitori  
Sezione Primavera  
Micro Asilo "Madre Speranza"



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?

E' abituato a giocare all'esterno? \_\_\_\_\_

Dove? \_\_\_\_\_

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

Se si come mai? \_\_\_\_\_

Ospedalizzazione (a che età e per quanto tempo- reazioni del bambino/a)

\_\_\_\_\_

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

Se si, 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? \_\_\_\_\_



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
Primaria Paritaria  
"Amore Misericordioso"  
Via Casilina, 323 – 00176 Roma  
Tel: 06278601 – Fax: 0627860834  
E-mail: [scuola.amore.m@pcn.net](mailto:scuola.amore.m@pcn.net)

**Questionario Conoscitivo  
personale del bambino**  
Compilato dai genitori  
Sezione Primavera  
Micro Asilo "Madre Speranza"



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

**RIPOSO**

E' 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? \_\_\_\_\_



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
Primaria Paritaria  
"Amore Misericordioso"  
Via Casilina, 323 – 00176 Roma  
Tel: 06278601 – Fax: 0627860834  
E-mail: [scuola.amore.m@pcn.net](mailto:scuola.amore.m@pcn.net)

**Questionario Conoscitivo  
personale del bambino**  
Compilato dai genitori  
Sezione Primavera  
Micro Asilo "Madre Speranza"



Se si 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 pezzetti) \_\_\_\_\_

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

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

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

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



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
Primaria Paritaria  
"Amore Misericordioso"  
Via Casilina, 323 – 00176 Roma  
Tel: 06278601 – Fax: 0627860834  
E-mail: [scuola.amore.m@pcn.net](mailto:scuola.amore.m@pcn.net)

**Questionario Conoscitivo  
personale del bambino**  
Compilato dai genitori  
Sezione Primavera  
Micro Asilo "Madre Speranza"



Ci sono cibi che non gradisce? \_\_\_\_\_

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

Presenta specifiche allergie? \_\_\_\_\_ Quali? \_\_\_\_\_

Presenta intolleranze alimentari? \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_

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

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

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

**AIUTATECI ANCORA**

Indicate ciò che ritenete opportuno rispetto ai seguenti punti:

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

Ha delle paure? \_\_\_\_\_ Quali? \_\_\_\_\_

E' autonomo? \_\_\_\_\_ in che modo \_\_\_\_\_

Altre informazioni da Voi ritenute utili:

Grazie della vostra collaborazione