

**QUESTIONARIO CONOSCITIVO  
PER I BAMBINI IN INGRESSO**

Scuola dell'infanzia Paritaria  
S. Gaetano, Melegnano

**DATI BAMBINO/A**

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**PADRE**

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

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

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

**MADRE**

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

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

**RECAPITI TELEFONICI**

Abitazione \_\_\_\_\_

Cellulare mamma \_\_\_\_\_

Cellulare papà \_\_\_\_\_

Recapito di emergenza \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**FRATELLI E SORELLE**

Nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Chi accompagnerà generalmente il bambino a scuola?


---



---

Chi ritirerà generalmente il bambino da scuola?


---



---

**PEDIATRA DI BASE**

- Nominativo \_\_\_\_\_

- Recapito telefonico \_\_\_\_\_

- Autorizzazione a contattarlo per eventuali consigli **SI** **NO**- Specialisti che sono intervenuti sul bambino o  
intervengono sul bambino **SI** **NO**

↳ Se si allegare eventuale documentazione

**FIRME DEI GENITORI**


---



---

**INFORMAZIONI UTILI**

Il questionario è finalizzato alla costruzione della storia personale del bambino, per permettere alle insegnanti di avere una conoscenza iniziale del bambino stesso. Vi chiediamo cortesemente di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del vostro bambino: queste informazioni ci possono essere utili per favorire un inserimento positivo del bambino nel contesto scolastico e la frequenza. Grazie!

- |  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| – Il bambino ha frequentato l'asilo nido?  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| – Se si, quale? _____  |           |           |
| – Se si, come ha vissuto l'esperienza?   |           |           |
| _____  |           |           |
| _____  |           |           |
| _____  |           |           |
| _____  |           |           |
| – Autorizzazione al passaggio di informazioni dal nido   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| – Il bambino ha frequentato una sezione primavera?   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| – Se si, dove? _____   |           |           |
| – Se si, come ha vissuto l'esperienza?   |           |           |
| _____  |           |           |
| _____  |           |           |
| _____  |           |           |
| _____  |           |           |
| – Se non ha frequentato asilo nido o sezione primavera a chi è stato affidato per questi 3 anni? |           |           |
| _____  |           |           |
| – Rimane spesso con i nonni, la baby-sitter o altre persone?                                     | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| – Se si, con chi?  |           |           |
| _____  |           |           |

**Autonomia personale**

- A quanti mesi ha cominciato a camminare? \_\_\_\_\_
- Si muove in modo agile, spericolato o con prudenza?

---



---

- Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno? **SI** **NO**
- Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno? **SI** **NO**
- Va in bagno da solo? **SI** **NO**
- E' autonomo a lavarsi le mani? **SI** **NO**
- Richiede particolari attenzioni da parte dell'adulto per i propri bisogni? **SI** **NO**
- Se si, in quali momenti?

---

- Ha uno sviluppo linguistico completo? (frase minima: soggetto, predicato, complemento oggetto) **SI** **NO**
- A quanti mesi ha cominciato a parlare? \_\_\_\_\_
- Ci sono mai state difficoltà di linguaggio? **SI** **NO**
- Se si, quali?

---



---

- Esprime chiaramente i suoi bisogni verbalmente o utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità?

---



---



---

## **Alimentazione**

- Com'è il suo rapporto con il cibo?

---



---

- Come mangia abitualmente a pranzo?

Piatto unico	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Primo e secondo	<b>SI</b>	<b>NO</b>

- Ha allergie?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Se si, quali? \_\_\_\_\_

↳ Allegare eventuale documentazione

- Ha intolleranze alimentari?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Se si, quali? \_\_\_\_\_

↳ Allegare eventuale documentazione

- Usa le posate autonomamente?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Usa il bicchiere autonomamente?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Mangia da solo o viene imboccato?

---

- Rimane seduto a tavola quando mangia?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Usa sedia o seggiolone? \_\_\_\_\_

## **Riposo**

- E' abituato a dormire nel pomeriggio?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Utilizza il "ciuccio" o altri oggetti particolari?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Se altri, quali? \_\_\_\_\_

- Ha un rituale per l'addormentamento?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Se si, quale? \_\_\_\_\_

---



---

- Si addormenta da solo?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

- Abitualmente dorme da solo o nel letto dei genitori?

---

## **Vita affettiva e relazionale**

- Quali giochi predilige?  
\_\_\_\_\_
- Gioca da solo o richiede la presenza dell'adulto?  
\_\_\_\_\_
- Fa amicizia facilmente? **SI** **NO**
- Preferisce giochi sedentari o di movimento? \_\_\_\_\_
- Quali? \_\_\_\_\_
- Affronta i giochi o movimenti rischiosi? **SI** **NO**
- Come usa i propri giocattoli (li cura, li conserva, li mette in comune con gli altri)? \_\_\_\_\_
- Riordina? **SI** **NO**
- E' abituato ad usare "materiale scolastico" (forbicine, colla, pennarelli...)? **SI** **NO**
- Il bambino è capace di cedere o cerca di imporre la sua volontà? \_\_\_\_\_
- Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (ad esempio: ascolto, contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazioni ecc..)? \_\_\_\_\_
- Come reagisce di fronte a persone, situazioni, ambienti nuovi?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Su quali regole non transigete?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| – Il bambino le ha interiorizzate?   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| – E secondo voi, rispetta le regole da voi date?   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| – Riconosce i pericoli? (es.: non mette oggetti in bocca, non si arrampica, non si allontana dall'adulto)? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

### **Aiutateci ancora**

- Com'è la salute del vostro bambino/a?

---



---



---

- |                         |           |           |
|-------------------------|-----------|-----------|
| – Ha delle paure forti? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|-------------------------|-----------|-----------|

– Se si, quali? \_\_\_\_\_

– Come viene rassicurato? \_\_\_\_\_

---



---

- |                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| – Guarda la televisione? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--------------------------|-----------|-----------|

– Se si, per quanto tempo nella giornata? \_\_\_\_\_

– Con chi? \_\_\_\_\_

– Cosa preferisce? \_\_\_\_\_

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| – Usa strumenti tecnologici come il cellulare, computer, tablet, playstation ecc.....? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|

– Se si, per quanto tempo nella giornata? \_\_\_\_\_



**RIFLESSIONI SULLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

- Perché avete scelto questa scuola? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali sono le vostre aspettative nei confronti della scuola? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali regole, in ambito scolastico, ritenete importanti? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Come pensate che il/la bambino/a possa affrontare l'inserimento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Come pensate di affrontare voi genitori l'inserimento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

