



SCHEDA DI INSERIMENTO "Conosciamoci meglio"
Anno scolastico 2022/2023

Informazioni generali sull'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Abitante a _____ in Via _____

Notizie relative alla famiglia

Padre:

Cognome _____ Nome _____

tempo trascorso fuori casa in ore _____

Madre:

Cognome _____ Nome _____

tempo trascorso fuori casa in ore _____

Fratelli:

Nome _____ Età _____

e

Nome _____ Età _____

Sorelle:

Nome _____ Età _____

e

Nome _____ Età _____



Notizie relative al bambino/a
Sviluppo fisico

A quanti mesi è avvenuto lo svezzamento? _____

A quanti mesi il bambino/a ha iniziato a parlare? _____

A quanti mesi ha iniziato a camminare? _____

	SI	NO
Si bagna di notte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato ospedalizzato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha malattie croniche o allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si, quali?	_____	

Soffre di tic, balbuzie, malori ricorrenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si, quali?	_____	

Osservazioni particolari _____



Sonno

Quante ore dorme abitualmente il bambino/a? _____ dalle _____ alle _____

	SI	NO
Ha un sonno:		
tranquillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha bisogno di un oggetto per addormentarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha bisogno della presenza dell'adulto per addormentarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Dorme in una stanza:		
da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con i fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentazione

	SI	NO
Nei confronti del cibo il bambino/a presenta un atteggiamento:		
vorace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inappetente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rifiuta il cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deve essere incoraggiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mangia con gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha intolleranze alimentari certificate dal medico? SI NO

Se si, quali?



Autonomia

	SI	NO
Ha acquisito il controllo sfinterico (non utilizza più il panno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il bambino/a sa provvedere da solo/a alla pulizia personale? (usa il bagno da solo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa mettersi o togliersi maglione o cappotto da solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangia da solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa esprimere i suoi bisogni all'adulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamento e socializzazione

	SI	NO
Il bambino/a a casa presenta un atteggiamento:		
tranquillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vivace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifesta atteggiamenti ostili:		
nei confronti di oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nei confronti di persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di fronte a situazioni nuove il bambino/a:		
le accetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le rifiuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi si accosta con titubanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il bambino/a viene spesso a contatto con persone nuove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come si comporta _____		
È stato affidato/a o è affidato/a a persone diverse dai genitori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha frequentato l'asilo nido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifesta paure particolari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Se si, quali? _____

Il bambino gioca preferibilmente:

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| da solo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| con altri bambini | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| con l'adulto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Linguaggio

Il bambino/a si esprime abitualmente:

	SI	NO
--	----	----

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| in italiano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in altra lingua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si esprime in modo:

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| incomprensibile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| con chiarezza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| non si esprime | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Presenta alterazioni di linguaggio SI NO

Se si, quali _____



Gioco

SI

NO

Il bambino/a si dedica preferibilmente a giochi:

a tavolo (domino, tombola, puzzle o simili...)

simbolici (a far finta di...)

di costruzione

di movimento

di ascolto e lettura (fiabe, canzoni, filastrocche...)

con i colori e materiale di manipolazione

(disegni, tempere, colori a dita, pongo, didò)

guarda la TV

quante ore _____ quali programmi preferisce _____

SI

NO

Rapporto con i materiali e i giochi:

li usa in modo confuso (lancia, mescola, rovescia)

li usa in modo intenzionale

non li usa

Il bambino/a gioca muovendosi:

con insicurezza

con sufficiente sicurezza

in modo iperattivo



A livello grafico il bambino/a

	SI	NO
scarabocchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sa dire cosa disegna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
realizza disegni monocromatici (di un solo colore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
realizza disegni policromi (con più colori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Definite vostro figlio/a usando tre aggettivi:
