



SCHEDA DI INSERIMENTO "Conosciamoci meglio"  
Anno scolastico 2021/2022

**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?

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?



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

---

Il bambino gioca preferibilmente:

da solo



con altri bambini



con l'adulto



### Linguaggio

SI

NO

Il bambino/a si esprime abitualmente:

in italiano



in altra lingua



Si esprime in modo:

incomprensibile



con chiarezza



non si esprime



Presenta alterazioni di linguaggio



Se si, quali \_\_\_\_\_

---



## Gioco

	SI	NO
Il bambino/a si dedica preferibilmente a giochi:		
a tavolo (domino, tombola, puzzle o simili...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
simbolici (a far finta di...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
di costruzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
di movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
di ascolto e lettura (fiabe, canzoni, filastrocche...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con i colori e materiale di manipolazione (disegni, tempere, colori a dita, pongo, didò)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
guarda la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quante ore _____ quali programmi preferisce _____		

	SI	NO
Rapporto con i materiali e i giochi:		
li usa in modo confuso (lancia, mescola, rovescia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
li usa in modo intenzionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non li usa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il bambino/a gioca muovendosi:		
con insicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con sufficiente sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in modo iperattivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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:

---