



Care maestre, mi presento...

Cognome e Nome del bambino/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

N. telefono abitazione _____ Altri Recapiti _____

Cell. Mamma _____ Cell. Papà _____

Altri numeri utili da chiamare in caso di necessità:

- Nome e Cognome: _____ grado di parentela _____

Numero di telefono: _____

- Nome e Cognome: _____ grado di parentela _____

Numero di telefono: _____

CONTESTO FAMILIARE

Con chi vivo in casa:

- **Madre** (Cognome e Nome): _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Scolarità _____

Professione esercitata _____

Giorni e orari di lavoro: _____

Sede di lavoro _____

- **Padre** (Cognome e Nome) _____

- Nato a _____ il _____

- Residente a _____ in via _____

- Scolarità _____

- Professione esercitata _____

- Giorni e orari di lavoro: _____

- Sede di lavoro _____

- **Fratelli/Sorelle:** Nome _____ età _____

Scuola frequentata: _____

Nome: _____ età _____

Scuola frequentata: _____

Nome: _____ età _____

Scuola frequentata: _____

- **Eventuali conviventi:** _____

- **Altre persone extra genitoriali che si occupano quotidianamente di me e in quali momenti:** _____

- **Con chi passo la maggior parte del tempo quando sono a casa:** _____

LA MIA STORIA DOPO LA NASCITA

- Il parto è stato prematuro? **SI** O **NO** O
- Quando ho iniziato a:
 - Pronunciare le prime parole: _____
 - Pronunciare frasi composte da due o più parole: _____
 - Camminare autonomamente: _____
- Ho raggiunto il controllo sfinterico? **SI** O **NO** O
Se sì, quando: _____
- Faccio uso del ciuccio: **SI** O **NO** O
Se sì, quando: _____

SALUTE

- Eventuali stati di malessere di cui sono soggetto: _____

- Eventuali episodi importanti avuti in precedenza (es. epilessia, convulsioni o altro): _____

- Eventuali visite specialistiche cui sono stato sottoposto per vista, udito, linguaggio: _____

- Malattie infettive: _____

ALIMENTAZIONE

- Mangio regolarmente durante il giorno (colazione, pranzo, merenda, cena): _____

- Mangio in autonomia: _____
- Rapporto con il cibo: _____
- Prendo ancora il latte materno: _____
- Quali cibi prediligo: _____
- Quali cibi rifiuto: _____
- Come avviene il momento del pasto (postura, guardo la tv nel mentre, ...): _____

-
- Indicazioni utili e necessarie alle insegnanti (allergie, atteggiamenti da assumere): _____
-
-

SONNO

- Dormo da solo o con altri: _____
 - Dormo con la luce o con il buio: _____
 - Mi addormento in autonomia o richiedo la vicinanza fisica e/o il contatto di qualcuno: _____
-
- Posizione preferita: _____
 - Rituali legati al momento della nanna: _____
-
- Ho oggetti (transizionali) che utilizzo per dormire: _____
-
- Utilizzo il ciuccio: _____
 - Dormo in modo regolare o il sonno è interrotto da fattori (paure, sonnambulismo, altro): _____
-
- Sonno notte dalle _____ alle _____
 - Sonno pomeridiano dalle _____ alle _____

AUTONOMIE

Atteggiamenti nei confronti del mio corpo:

- Quali funzioni compio da solo (lavarmi le mani, vestirmi/svestirmi, andare in bagno, soffiarmi il naso): _____
-
- Esprimo i miei bisogni? Se sì, con gesti o verbalmente: _____
 - Presento condizioni di enuresi ed encopresi o altro: _____
-

RELAZIONI

- Ho già frequentato il Nido? Se sì, dove e per quanto tempo? _____
-
- Ho già fatto esperienze in centri di aggregazione (tempi per la famiglia, ludoteche): _____
-
- Ho occasione di relazionarmi con altri bambini: _____
-
- Come avvengono le relazioni con i pari: _____
-
- Ho occasione di relazionarmi con altri adulti: _____

-
- Come avvengono le relazioni con gli adulti: _____
 - I miei atteggiamenti nei confronti di persone estranee: _____
-

IL TEMPO DEL GIOCO

- Quali giochi e attività prediligo: _____
 - Per quanto tempo rimango concentrato durante il momento del gioco/dell'attività: _____
 - Preferisco giocare in autonomia o con altri (in caso, con chi): _____
 - Riesco a condividere i giochi: _____
 - Sono in grado di organizzare e riordinare i miei giochi: _____
-

DISPOSITIVI DIGITALI

- Sono solito guardare la Tv: **SI O NO**
Se sì, per quanto tempo e quando: _____
 - Sono solito usare giochi elettronici (PC, Tablet, cellulare): **SI O NO**
Se sì, per quanto tempo e quando: _____
-

MOTRICITÀ

- Come mi destreggio nello spazio della casa e nei confronti degli arredi e degli oggetti: _____
 - Mi piace usare attrezzi motori (tricykli, scalette, altalene, ecc...): _____
 - Affronto giochi e movimenti rischiosi: _____
 - Ho maturato esperienze in ambienti diversi (campagna, mare, piscina, negozi, ecc...): _____
 - Come descrivereste la mia motricità grosso-motoria (salire/scendere le scale, correre, saltare, rotolare, scivolare): _____
-

COMPORAMENTI

- Che tipo di temperamento emerge solitamente (tranquillo, vivace, ...): _____

- Come reagisco alle frustrazioni e alle negoziazioni: _____

- Ho qualche paura o vivo stati di ansia: _____

- Altre notizie su di me che è bene sappiate (es. abitudini ecc): _____

FREQUENZA

- Notizie su quale frequenza verrà richiesta (orari ecc.): _____
- I miei genitori cosa si aspettano dalla Scuola dell'Infanzia: _____

- Ci stiamo preparando per l'inizio della Scuola dell'Infanzia: se sì, come: _____

Verona, li ____ / ____ / ____

Firma dei genitori / tutore

Padre/tutore: _____

Madre: _____