

# *Scuola dell'Infanzia*

## *“Virgo Carmeli”*

Via Carlo Alberto, nr. 26 – Verona



Alunno/a \_\_\_\_\_

Anno Scolastico 2020 – 2021



Scuola dell'Infanzia Paritaria "Virgo Carmeli"  
Via Carlo Alberto, nr. 26 – 37136 Verona (VR)

**SCHEDA DEL PRIMO COLLOQUIO (a. a. 2020-2021)**

Cognome E Nome Del Bambino \_\_\_\_\_

Nato A \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente A \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Altri Recapiti \_\_\_\_\_

Cell. Mamma \_\_\_\_\_ Cell. Papà \_\_\_\_\_

Recapiti Nonni \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Luogo E Data Di Nascita \_\_\_\_\_

Residente A \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_

Professione Esercitata \_\_\_\_\_

Orari Di Lavoro \_\_\_\_\_

Sede Di Lavoro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Eventuali Hobby/Notizie \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Luogo E Data Di Nascita \_\_\_\_\_

Residente A \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_

Professione Esercitata \_\_\_\_\_

Orari Di Lavoro \_\_\_\_\_

Sede Di Lavoro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Eventuali Hobby/Notizie \_\_\_\_\_

Fratelli: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Scuola Frequentata \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Scuola Frequentata \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Scuola Frequentata \_\_\_\_\_

Eventuali Conviventi: \_\_\_\_\_

Altre Persone Che Si Occupano Quotidianamente Del Bambino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**STATO DI BENESSERE DEL BAMBINO**

a) Alimentazione del bambino:

- Rapporto con il cibo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abitudini a tavola \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Autonomia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Indicazioni utili e necessarie all'insegnante (allergie, rifiuti, atteggiamenti da assumere) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Sonno:

- Modalità in cui il bambino affronta il sonno (relazioni personali) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Dorme da solo o con altri \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Dorme con luce o con il buio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abitudini nei riguardi del sonno pomeridiano \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abitudini con cui si prepara al sonno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Il ritmo del sonno è regolare o interrotto da fattori (paure, sonnambulismo, altro) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Atteggiamento nei confronti del proprio corpo:

- Come il bambino cura la sua persona, quali funzione compie da solo (lavarsi, vestirsi, andare in bagno) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Autonomie personale attivate dal genitore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Consigli per l'entrata a scuola da parte dell'insegnanti (esempio pannolone) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Presenza condizioni di enuresi ed encopresi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Eventuali stati di malessere cui è soggetto il bambino: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Eventuali episodi più importanti avuti in precedenza (esempio epilessia, convulsioni o altro) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f)Eventuali visite specialistiche cui è stato sottoposto il bambino per vista, udito, linguaggio \_\_\_\_\_

---

---

g) Malattie infettive \_\_\_\_\_

---

---

<b>VITA RELAZIONALE DEL BAMBINO</b>
-------------------------------------

a) Spazio abitativo, come utilizza lo spazio interno ed esterno della sua abitazione

---

---

b) Relazioni con gli adulti:

- Atteggiamenti nei confronti di persone estranee \_\_\_\_\_

---

---

- Modalità di gioco e di occupazione del tempo \_\_\_\_\_

---

---

- Ha l'abitudine all'ascolto \_\_\_\_\_

---

---

- Fruisce di racconti, favole, filastrocche \_\_\_\_\_

---

---

- Ha occasione di rivolgersi ad altri adulti e bambini \_\_\_\_\_

---

---

- Il ritmo del sonno è regolare o interrotto da fattori (paure, sonnambulismo, altro) \_\_\_\_\_

---

---

c) Movimento:

- Si destreggia nello spazio della casa e nei confronti degli arredi e degli oggetti \_\_\_\_\_

---

---

- Gli piace usare attrezzi motori (tricyci, scalette, altalene, ecc...) \_\_\_\_\_

---

---

- Affronta giochi e movimenti rischiosi \_\_\_\_\_

---

---

- Ha esperienze di ambienti diversi (campagna, mare, piscina, negozi, ecc...) \_\_\_\_\_

---

---

Note aggiuntive:

- Presenza di eventuali paure o stati di ansia \_\_\_\_\_

---

---

- Altre notizie che il genitore ritiene indispensabile fornire (esempio: abitudini, rituali, feticci, ecc...) \_\_\_\_\_

---

---

- Notizie su quale frequenza verrà richiesta (orari, ecc...) \_\_\_\_\_

---

---

**FREQUENZA ASILO NIDO**

• Per quanti anni \_\_\_\_\_

• Frequenza \_\_\_\_\_

• Riflettendo sull'esperienza di suo figlio al nido, come genitore ha notato dalle modificazioni per quanto  
ottiene, per esempio, linguaggio, autonomie personali, rapporti con gli altri bambini, con gli oggetti, gli  
spazi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Come genitore, che cosa ha maggiormente contato nell'esperienze del nido

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Che aspettative ha nei confronti della scuola dell'infanzia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verona, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dei genitori

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_