



ISTITUTO COMPRENSIVO "FRANCESCO GONIN"
VIA DON POGOLOTTO, 45 – 10094 GIAVENO (TO) - Telefono 011-9376250
C.M. TOIC87000N C.F. 95579630013 PEC: TOIC87000N@pec.istruzione.it PEO:
TOIC87000N@istruzione.it
sito internet: www.icgonin.edu.it

Questionario da riportare compilato all'incontro di giugno
scuola/famiglia
o al primo giorno di scuola

NOME BAMBINO/A:.....

NOME GENITORI: MAMMA:

PAPA':.....

PARTE 1: Prima di iniziare la scuola dell'infanzia il/la bimbo/a....

Ha frequentato l'asilo nido? SI () NO ()

Se NO, da chi è stato seguito nei primi tre anni?.....

Da chi è seguito prevalentemente il bimbo/a?

MAMMA PAPA' NONNI BABY SITTER ALTRI

Ha altri fratelli/sorelle? SI NO maggiori/minori?

Ha occasione di giocare con altri bambini? SI NO

Ha avuto già occasione di stare senza i genitori? SI NO

PARTE 2: Quali autonomie ha raggiunto

IL/LA BIMBO/A SA...

Spiegarsi ? SI NO

Ascoltare e comprendere una breve storia? SI NO

Aspettare il proprio turno? SI NO

Sa mangiare da solo cibi solidi?. SI NO

E' abituato ad una dieta variata? SI NO

Ci sono cibi che al momento proprio non gli piacciono? Quali?.....

Sa soffiarsi il naso? SI NO

Sa lavarsi le mani? SI NO

Sa lavarsi i denti? SI NO

Si accorge quando deve andare in bagno? SI NO

Ha episodi di enuresi durante la nanna? SI NO

Dorme senza pannolino? SI NO

Dorme da solo? SI NO

Se no, come è abituato a dormire?

.....

Come è abituato/a ad addormentarsi?

.....

Usa il ciuccio? SI NO

Se si, in che momenti della giornata?

.....

Sa vestirsi da solo? SI NO

Sa infilarsi le scarpe da solo? SI NO

Sa correre? SI NO

Sa saltare? SI NO

Sa salire e scendere le scale ? SI NO

E' abituato a camminare senza passeggino? SI NO

PARTE 2: Conosciamoci meglio "ogni bambino è unico"cosa piace e non piace al vostro / alla vostra bimbo/bimba?

Quali sono i suoi giochi preferiti? (sia di movimento che da tavolino)

.....
.....
.....

Con chi preferisce giocare? con l'adulto altri bambini da solo

E' incuriosito dai libri? SI NO

Quali sono le sue storie/personaggi preferiti?

.....

E' abituato a guardare la televisione? SI NO

Cosa preferisce guardare e per quanto tempo al giorno guarda la tv?

.....
.....

E' abituato ad utilizzare tablet, telefonino, videogiochi? SI NO

Con chi? da solo con fratelli/amici con genitori/nonni

Ha paura di qualcosa in particolare?

.....
.....

Come reagisce se rimproverato per qualche motivo?

.....
.....

Allergie o intolleranze alimentari/malattie o ospedalizzazioni/informazioni che ritenete importanti segnalare alle insegnanti

.....
.....
.....
.....
.....

Si ricorda che tutte le informazioni raccolte da questo questionario hanno lo scopo di migliorare l'azione educativa e didattica dell'insegnante, nel rispetto della legge sulla privacy.

GIAVENO,

FIRMA.....