



NOTIZIE UTILI

Scuola dell'infanzia Avv. G. Gianotti, Anno scolastico ____/____, Sezione_____

Dati del bambino:

Nome e cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo abitazione _____

Recapiti telefonici _____

Dati del nucleo familiare:

Nome e cognome	Data di nascita	Professione	Orario di lavoro
Madre: _____	_____	_____	_____
Padre: _____	_____	_____	_____

Fratelli o sorelle:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Il bambino ha frequentato l'asilo nido? ☐ Sì ☐ No

In modo costante, saltuario o periodico? _____

Ha vissuto l'esperienza in modo? _____

Rimane spesso con nonni, babysitter o altre persone? _____

A quale età ha iniziato a camminare? _____

Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno e notturno? _____

Va in bagno da solo? ☐ Sì ☐ No

Richiede particolari attenzioni da parte dell'adulto per i propri bisogni? ☐ Sì ☐ No

Quali? _____

Mangia da solo? ☐ Sì ☐ No

Com'è il suo rapporto con il cibo? _____

Quali cibi gradisce? _____

Presenta specifiche allergie o intolleranze alimentari? ☐ Sì ☐ No

Quali? _____



Vi sono aspetti riguardanti l'alimentazione o la salute del bambino dei quali ritenete opportuno informare le insegnanti? _____

Abitualmente dorme di pomeriggio? ☐ Sì ☐ No

Dorme da solo o con altri? _____

Nel suo lettino o nel lettone? _____

Ha bisogno del "ciuccio" o di altri oggetti particolari? ☐ Sì ☐ No

Quali? _____

Si addormenta da solo? ☐ Sì ☐ No

Come? (*TV accesa, luce, peluche...*) _____

Quali giochi preferisce? _____

Gioca anche da solo? ☐ Sì ☐ No

Con chi preferisce giocare? _____

Sceglie giochi rischiosi? _____

Ha cura dei propri giocattoli? _____

Li presta volentieri ad altri bambini? _____

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino?
(*ascolto, contatto fisico, coccole, fermezza, abbondanza di spiegazioni,...*)

Dopo la scuola, il bambino, frequenta corsi particolari? _____

Li frequenta con piacere? ☐ Sì ☐ No Quante volte a settimana? _____

Il bambino guarda la TV per _____ ore; _____ minuti al giorno.

Quali programmi preferisce? _____

Li guarda da solo, con fratelli/amici, con un genitore o altra persona adulta? _____



Asilo Infantile Avv. G. GIANOTTI

Via Magenta, 5 - 10045 Piossasco (TO)
Tel. 011.906.4684
P.IVA 06284570014 - C.F. 86003630018
e-mail: asilo.gianotti@libero.it



Com'è la salute del vostro bambino?

Ha paure particolari?

Sì No

Quali? _____

Come le manifesta? _____

Com'è il suo linguaggio? Sa comunicare verbalmente facendosi capire da chi lo ascolta? Utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità?

Cosa sa fare? Ha interessi particolari?

Se lo ritenete opportuno, prendetevi lo spazio che ritenete necessario per documentarlo allegando anche foto o disegni fatti dal vostro bambino e commentati da voi.

Si sono verificati eventi particolarmente importanti nella storia personale di vostro figlio? Quali? Cosa hanno determinato in lui?

Vi sono altre informazioni che ritenete necessario comunicare alle insegnanti?

Piossasco, _____

Firma della madre

Firma del padre

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore

(o di chi esercita la patria potestà)
