

| | | |
|---|--|--|
| Istituto Comprensivo di Cassano D'Adda | 5a CONTINUITA', ACCOGLIENZA E ACCOMPAGNAMENTO | Iscrizioni scuola infanzia Scheda personale 7/7/2011 Pag.1 di 4 |
|---|--|--|

**SCHEDA PERSONALE ALUNNO/A ANTICIPATORIO/A
 PER L'INSERIMENTO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA
 DI
 CASCINE SAN PIETRO**

DATI PERSONALI

Bambino/a

Cognome

Nome **M** **F**

Nato a: (indicare paese, provincia e nazione) il.....

Residente a..... via.....

Telefono abitazione.....

Altri recapiti:

Padre

Cognome

Nome

Nato il..... a (indicare paese, provincia e nazione)

Professione

Orari di lavoro:

Madre

Cognome

Nome

Nata il..... a (indicare paese, provincia e nazione)

Professione

Orari di lavoro:

Fratelli:

- Nome: età:.....scuola frequentata:.....

Se i genitori lavorano, a chi è affidato il bambino?.....

Nome del medico curante: recapito.....

Tematiche relazionali:

- Instaura relazioni positive con persone estranee? SI NO
- Manifesta paure nei confronti di: SI NO
 - Rumori

- | | | |
|--------------|----|----|
| ○ Persone | SI | NO |
| ○ Personaggi | SI | NO |
| ○ Sporcarsi | SI | NO |

Altre paure:

- | | | |
|---|----|----|
| ❖ Ha già iniziato ad esprimersi con linguaggio verbale? | SI | NO |
| ❖ Necessita della mano dell'adulto per Camminare | SI | NO |
| Correre | SI | NO |
| Saltare | SI | NO |
| Salire/scendere le scale | SI | NO |

- | | | |
|--|----|----|
| ❖ Accetta di rapportarsi con gli altri bambini? | SI | NO |
| ❖ Gioca da solo o necessita della presenza di un adulto? | | |

❖ Predilige giochi di movimento o giochi tranquilli? Quali?
.....

- | | | |
|--|----|----|
| ❖ Ha esperienze in ambiti diversi (mare, piscina, parco...)? | SI | NO |
| ❖ Ha parenti o conoscenti che già frequentano questa scuola? | SI | NO |

Stato di benessere del bambino/autonomie personali

- | | | |
|--|----|----|
| ❖ Mangia da solo? | SI | NO |
| ❖ Durante il pranzo rimane seduto a tavola? | | |
| ❖ Richiede di essere imboccato? | SI | NO |
| ❖ Sa usare cucchiaio e forchetta? | SI | NO |
| ❖ Ha particolari allergie alimentari? | SI | NO |
| Se si, quali?..... | | |
| ❖ E' lento nel mangiare? | SI | NO |
| ❖ E' diffidente di fronte a nuovi cibi? | SI | NO |
| ❖ Rifiuta cibi particolari? | SI | NO |
| Se si, quali?..... | | |
| ❖ Ulteriori annotazioni riguardo a difficoltà relative al pasto..... | | |

- | | | |
|--|----|----|
| ❖ Ha già iniziato a togliere il pannolino? | SI | NO |
| ❖ Usa ancora il pannolino? | SI | NO |
| di notte? | SI | NO |
| di giorno? | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| ❖ Tenta di lavarsi le mani da solo? | SI | NO |
| ❖ Usa il ciuccio per dormire? | SI | NO |
| ❖ Usa un oggetto transizionale? | SI | NO |
| ❖ Ha avuto episodi di convulsioni? | SI | NO |
| ❖ Malattie di particolare rilevanza da segnalare: | | |

- ❖ Manipola gli oggetti e tocca per esplorare? SI NO
 - ❖ Ama guardare i libri? SI NO
 - ❖ Guarda la televisione? SI NO
- Se no perché?.....
- ❖ Utilizza altri mezzi tecnologici (tablet/cellulare/pc)? SI NO

Se si:

- in media quanto tempo trascorre giornalmente davanti alla televisione?
.....
- Quali programmi preferisce?
.....
- Guarda da solo la televisione? SI NO

- ❖ Quando parla, si fa capire? SI NO
- ❖ Si fa capire nella lingua d'origine? (solo per gli alunni stranieri) SI NO
- ❖ Usa altre modalità di comunicazione in modo prevalente: gesti, segni... SI NO
- ❖ Ascolta quando gli si parla? SI NO
- ❖ Fruisce di racconti, fiabe, filastrocche? SI NO
- ❖ Si rivolge ad altri adulti? SI NO

Che aspettative avete nei confronti della scuola?

.....

.....

.....

Altre informazioni che vi sembra utile fornire ai docenti riguardo il vostro bambino:

.....

.....

.....

Ha frequentato l'asilo nido? **SI** quale? **NO**

Scelgo di far partecipare mio/a figlio/a al progetto di Educazione Religiosa Cattolica

Si No

DATI CONOSCITIVI SULLA FAMIGLIA UTILI ALL'INSERIMENTO IN EVENTUALE GRADUATORIA
(la compilazione è obbligatoria)

| <i>Padre</i> | <i>Madre</i> |
|---|--|
| Occupazione <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Sede di lavoro _____

Sede di Lavoro _____

In assenza dei genitori il bambino è abitualmente accudito da _____
(nome e cognome)

Parentela/ruolo _____ tel. _____ cell. _____
(nonni, fratelli, baby sitter...)

Residente a _____ Via _____

Recapiti telefonici principali

Casa _____

Cell. Mamma _____

Lavoro mamma _____

Cell. Papà _____

Lavoro papà _____

**Altri recapiti telefonici utili (nonni, zii, baby sitter)
(indicare grado di parentela)**

Data

Firma.....