

**Anno scolastico 2019.2020**

PRESENTAZIONE DEL/LA **BAMBINO/A** alla scuola dell' INFANZIA

COGNOME.....

NOME.....

Nato/a il.....a .....



LA NOSTRA FAMIGLIA E' COMPOSTA DA

LA MAMMA si chiama.....

la sua professione è .....la sua età è.....

IL PAPA' si chiama.....

la sua professione è.....la sua età è.....

SPOSATI

CONVIVENTI

SEPARATI

FRATELLO/SORELLA.....di anni.....

FRATELLO/SORELLA.....di anni.....

FRATELLO/SORELLA.....di anni.....

Il/la bambino/a è stato/a a casa fino a questo momento di inserimento scolastico con

.....

FREQUENZA SCOLASTICA Il/la bambino/a ha frequenza

NIDO

NIDO  
FAMIGLIA

SCUOLA  
INFANZIA

BABY  
PARKING

denominato.....all'anno.....

quanti giorni e quante ore al giorno?.....

INSERIMENTO SCOLASTICO nella struttura sopra citata è stato

BUONO

PROBLEMatico

Se problematico, perché.....

.....

Se non ci sono i genitori il/la bambino/a è affidata alle cure di :

.....

NASCITA del/la bambino/a

PRE-  
TERMINE

TERMINE

POST-  
TERMINE

DIFFICOLTA  
,

Se con difficoltà, quali.....

.....

AREA MOTORIA del/la bambino/a

CAMMINA

CORRE

SALTA

SALE LE SCALE

SCENDE LE SCALE

NOTE.....

.....

LINGUAGGIO del/la bambino/a

- NON PARLA
- USA ALCUNI VOCABOLI
- VERBALIZZA CON DIFFICOLTA'

Se ha difficoltà, quali ?.....

- VERBALIZZA IN MODO FLUENTE

CARATTERE del/la bambino/a è

- ESTROVERSO
- SOCIEVOLE
- INTROVERSO
- SOLITARIO
- ALTRO.....

.....

RELAZIONE del/la bambino/a con i coetanei

- PARITARIA
- PREDOMINANTE
- CONFLITTUALE
- SOTTOMESSA

RELAZIONE del/la bambino/a con GLI ADULTI nell'ambiente SCOLASTICO

.....  
.....

RELAZIONE del/la bambino/a con GLI ADULTI nell'ambiente FAMILIARE

.....  
.....

Qual è la REAZIONE del/la bambino/a al RIMPROVERO dell'adulto?

.....  
.....

Il/la bambino/a quando PIANGE si consola con:

- CIUCCIO
  - COCCOLE
  - GIOCO
  - SENO
  - DITO IN BOCCA
  - ALTRO, cosa?.....
- .....

Il/la bambino/a si ADDORMENTA:

- DIFFICOLTA'
  - SI
  - NO

Se SI quali difficoltà?.....

.....

Come?

- DA SOLO
  - COCCOLE
  - DITO IN BOCCA
  - CON CIUCCIO
  - OGGETTO/GIOCO
  - ALTRO.....
- .....

Il/la bambino/a è AUTONOMO/A

- NEL VESTIRSI
  - SI
  - NO
  - IN PARTE

NOTE.....

.....

- IGIENE PERSONALE
  - SI
  - NO
  - IN PARTE

NOTE.....

.....

• NEL CONTROLLO DEGLI SFINTERI

SI

NO

IN PARTE

NOTE.....

.....

• A TAVOLA

SI

NO

IN PARTE

NOTE.....

.....

Il/la bambino/a ha INTOLLERANZE ALIMENTARI

SI

NO

Se si quali.....

.....

Il/la bambino/a è SEGUITO/A da:

NEUROPSICHIATRIA

LOGOPEDIA

PSICOMOTRICITA'

ALTRO ( specificare).....

.....

Il/la bambino/a deve assumere abitualmente farmaci SALVAVITA ?

SI

NO

Se si vi chiediamo di contattare la Direzione per iniziare la procedura ASL

Del/della nostro/a bambino/a vorremmo dirvi ancora che.....

.....

.....

Data.....

Firma.....