

# QUESTIONARIO DI INGRESSO AL NIDO

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

- **Dati del Bambino/a**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ in via : \_\_\_\_\_

- **Nucleo familiare**

- Padre Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

- Madre Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Nata a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

- Fratelli e/o sorelle

nome: \_\_\_\_\_ età: \_\_\_\_\_

nome: \_\_\_\_\_ età: \_\_\_\_\_

Altre informazioni rilevanti sul nucleo familiare che ritiene opportuno condividere

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

## STORIA PERSONALE DEL BAMBINO

- La madre ha avuto problemi durante la gravidanza?

no  si se si quali \_\_\_\_\_

- Il parto è stato:  Pre-maturo Se prematuro a che settimana? \_\_\_\_\_

Oltre il termine  Naturale  Cesareo

- Il bambino ha avuto problemi dopo la nascita?

no  si se si quali \_\_\_\_\_

- Ha subito ricoveri in ospedale?

no  si se si a che età e per quali motivi \_\_\_\_\_

- 
- 
- 
- Ha già avuto un primo distacco dalla famiglia?  
 no     si    se si, con chi sta durante la giornata? \_\_\_\_\_

### SVILUPPO MOTORIO

- Si sposta nell'ambiente?  no     si    se si come?     striscia     gattona     cammina  
 altro \_\_\_\_\_
- Come reagisce se cade a terra? \_\_\_\_\_
- Come reagite voi? \_\_\_\_\_
- Quando ha iniziato a:  
gattonare \_\_\_\_\_                      camminare \_\_\_\_\_

### SVILUPPO DEL LINGUAGGIO

- Per esprimersi usa:     gesti     parole     altro \_\_\_\_\_
- Sa esprimere bisogni, desideri?  
 no     si    se si come? \_\_\_\_\_
- Che lingua parlate in famiglia? \_\_\_\_\_
- E con il bambino? \_\_\_\_\_
  
- Il bambino comprende la lingua italiana?     no     si
- Dice qualche parolina di significato?     no     si
- Dice frasi di due parole (es. mamma acqua, papà palla)?  
 no     si    se si quali? \_\_\_\_\_
- Gli vengono lette storie o favole?  
 no     si     qualche volta? \_\_\_\_\_

### ALIMENTAZIONE

- È ancora in fase di allattamento?  no     si
- Che tipo di latte beve?  
 latte materno     latte in polvere (marca) \_\_\_\_\_     altro \_\_\_\_\_
- Orario in cui beve il latte? \_\_\_\_\_
- Quantità somministrata \_\_\_\_\_
- Note \_\_\_\_\_
- Usate come metodo l'auto svezzamento?     no     si
- Mangia da solo?  
 no     si     qualche volta     preferisce farsi imboccare
- Per mangiare usa:  
 mani     cucchiaio     forchetta     biberon     bicchiere con beccuccio     bicchiere normale  
 bavaglino

- Ha allergie?  
 no       si      se si quali? \_\_\_\_\_
- Ha intolleranze alimentari?  
 no       si      se si quali? \_\_\_\_\_
- La consistenza del cibo è: (es. frullato, a pezzetti ...) \_\_\_\_\_
- Ci sono alimenti che non sono ancora stati inseriti? \_\_\_\_\_
- Gli è consentito di pasticciare con il cibo?       no       si
- Gli è consentito di rifiutare il cibo?       no       si
- C'è un piatto che preferisce?  
 no       si      se si quali? \_\_\_\_\_
- C'è un piatto che rifiuta?  
 no       si      se si quali? \_\_\_\_\_
- Dov'è abituato a mangiare?       In braccio       sul seggiolone       sulla sedia

### RIPOSO

- Dorme al mattino?  
 no       si      se si per quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Quanto dorme al pomeriggio? \_\_\_\_\_
- Da che ora? \_\_\_\_\_
- Come si addormenta? \_\_\_\_\_
- Dove dorme? \_\_\_\_\_
- Chi lo addormenta? \_\_\_\_\_
- Preferisce la posizione       prona       supina       di fianco
- Ha un oggetto o un rito particolare che lo rassicura? (es. pupazzo, ciuccio, luce .... ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Dorme:       al buio       con la luce accesa       con un sottofondo musicale
- Con che umore si sveglia solitamente? \_\_\_\_\_
- A che ora si addormenta la sera? \_\_\_\_\_

### IGIENE E CURA

- Gli piace:       spogliarsi       farsi cambiare       lavarsi       farsi lavare
- Usa il pannolino?       sempre       quando dorme       mai
- Usa il vasino?       sempre       mai       solo per la pipì       solo per la cacca
- È curioso verso il suo corpo?       no       si
- È tranquillo durante il cambio?       no       si
- Ha paura di sporcarsi?       no       si       se si come reagisce? \_\_\_\_\_
- Con che modalità viene cambiato? \_\_\_\_\_
- Sa lavarsi le mani da solo?       no       si

## SOCIALIZZAZIONE

- Come si comporta in presenza di adulti e/o bambini estranei? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Piange facilmente?     no     si
- Si spaventa facilmente?     no     si
- Che cosa lo spaventa? (es. estranei, rumori forti ...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Come si comporta se i genitori si allontanano?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Con chi trascorre più tempo? \_\_\_\_\_
- E' più sensibile:     al rimprovero     all'incoraggiamento     alla fermezza     alla dolcezza
- È capace di cedere o cerca di imporre la sua volontà?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Esiste un legame più stretto con uno dei due genitori?     no     si     se si con chi? \_\_\_\_\_
- Ci sono giochi o attività che predilige? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RELIGIONE

- La famiglia a quale religione appartiene? \_\_\_\_\_

## ALTRO

- Vi sono aspetti riguardanti la salute del bambino dei quali ritenete opportuno informarci?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data colloquio: \_\_\_\_\_

Firma genitori: \_\_\_\_\_

Firma insegnate: \_\_\_\_\_