

Scuola dell'Infanzia paritaria "SAN GIORGIO"

Tel/fax: 045/7335101 ; cell: 320/0247236

Indirizzo e-mail: scuolamaterna.s.giorgio@tin.it

Indirizzo PEC: scuolamaterna.s.giorgio@pec.fismverona.it

sito internet: www.scuolainfanziatarmassia.it



SCHEDA PERSONALE DEL BAMBINO

Dati anagrafici

Nome del bambino.....
Nato a il.....
Abitante a.....via.....

Composizione del nucleo familiare

Padre.....	Madre.....
Luogo e data di nascita.....	Luogo e data di nascita.....
.....
Titolo di studio.....	Titolo di studio.....
Professione.....	Professione.....
Interessi ed hobby.....	Interessi ed hobby.....

Fratelli

Nome.....
.....
.....
Età.....
Scuola frequentata.....
.....

Sorelle

Nome.....
.....
.....
Età.....
Scuola frequentata.....
.....

Altri componenti del nucleo familiare o persone che si occupano del bambino

Nome e cognome.....
Rapporti con il bambino.....

Notizie sulla nascita

- Ci sono state complicazioni per la mamma durante la gravidanza? SI NO
Se sì, quali e in quali mesi?.....
E per quali motivi?.....

- Il parto è stato: • Prematuro • Normale • Postmaturo

- Il bambino ha avuto problemi nei giorni seguenti la nascita? SI NO
Se sì, quali sono stati?.....

Storia personale

- Ha avuto difficoltà nell'allattamento?.....SI NO

- Ha avuto difficoltà nello svezzamento?..... SI NO
- Ha raggiunto il controllo sfinterico all'età di.....anni
- Presenta condizioni di enuresi (pipì a letto)..... SI NO
- Ha cominciato a camminare all'età di..... anni
- Ha cominciato a parlare all'età di.....anni
- Quali malattie ha avuto il bambino?.....
- E' stato ricoverato in ospedale? SI NO
Se sì, per quali problemi?.....
Per quanto tempo?.....
A che età?.....
- Ha frequentato il nido? SI NO
Se sì, per quanto tempo?.....
Frequentava regolarmente il nido? SI NO
Se no, per quale motivo?.....
Andava volentieri al nido? SI NO
Se no, come manifestava il suo rifiuto?.....
Preferiva stare da solo? SI NO

Il sonno

- Il bambino dorme :
 - con i genitori
 - con i fratelli
 - in camera da solo
- A che ora va a letto?.....
- A che ora si sveglia?.....
- Dorme al buio o con la luce accesa?.....
- Fa fatica ad addormentarsi? SI NO
- Ha problemi durante la notte? SI NO
- Se si, quali?.....
- Porta a letto un pupazzo?.....
- Fa il riposino pomeridiano?.....
- Altre notizie particolari.....
.....
.....

Abitudini alimentari

- Il bambino mangia:
 - poco
 - molto
 - in maniera regolare
- E' autonomo nel mangiare? SI NO
- Quali sono i cibi che preferisce?.....
- Quali sono i cibi che rifiuta?.....
- Ha allergie, intolleranze alimentari? SI NO
Se si, quali?.....
- Altre notizie particolari.....
.....
.....
.....

Autonomia personale

- E' autonomo nell'uso dei servizi igienici?.....SI NO
- Si veste da solo? SI NO
- Sa usare le posate? SI NO
- Si lava volentieri? SI NO
- Si lava da solo mani e viso? SI NO
- Sceglie i suoi giochi? SI NO
- Riordina i suoi giochi? SI NO
- Quali attività svolge da solo e quali in presenza dell'adulto?.....
.....

Abitudini quotidiane

- Trascorre la giornata prevalentemente con.....
- In quali spazi svolge le proprie attività il bambino?.....
.....
- Svolge attività sportive? SI NO
Se sì, quali?.....
- Altri interessi particolari.....

Elementi del carattere

- Il bambino è:
 - tranquillo
 - vivace
 - volubile
 - molto vivace
 - aggressivo
 - timido
- Piange con facilità? SI NO
- E' obbediente? SI NO
- E' geloso? SI NO
Se sì, di chi o di che cosa?.....
Come dimostra la sua gelosia?.....
- Cosa lo spaventa maggiormente?.....
- Cosa stimola la sua curiosità?.....
- Altre notizie particolari.....
.....

Il gioco e il tempo libero

- Il bambino preferisce giochi: • tranquilli • di movimento
- Quali giochi preferisce e quali possiede?.....
.....
- Preferisce giocare : • da solo • con i fratelli
 • con il papà • con i coetanei
 • con la mamma • altro.....
- Ha un amico del cuore? SI NO
- Fa amicizia facilmente? SI NO
- Va a casa di altri bambini nel tempo libero? SI NO
- Quanto tempo passa davanti alla televisione?.....
- Che cosa guarda e quali personaggi preferisce?.....
.....

Attività motorie

- Il bambino sale e scende le scale senza paura? SI NO
- Va sul triciclo? SI NO
- Va sullo scivolo? SI NO
- Ha paura dell'acqua? SI NO
- Fa disegni a colori? SI NO

Comunicazione

- Il bambino è estroverso o introverso?.....
- Parla con gli sconosciuti? SI NO
- Parla con i familiari delle sue esperienze? SI NO
- Riesce a farsi capire meglio con i gesti o con le parole?.....
- Ha qualche difetto di pronuncia? SI NO
- Fa domande? SI NO
- Ascolta le conversazioni di coetanei e adulti? SI NO
- Gli vengono lette favole o storie? SI NO
- Se sì, riesce a seguire i racconti senza stancarsi? SI NO
- Riesce a ripetere una storia già ascoltata? SI NO
- Altre notizie particolari.....
.....

Aspettative che i genitori hanno nei confronti della
scuola dell'infanzia.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....