



## SCUOLA DELL'INFANZIA

---

**N**ote informative su

---

Anno scolastico \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome bambino/a** .....

nato/a a ..... il .....

nazionalità.....in Italia da.....

**Nome e Cognome padre** .....

nazionalità .....

professione .....Titolo di studio.....

luogo di lavoro ..... tel. ....

orari di lavoro.....

abitazione via ..... città ..... tel. ....

telefono cellulare .....

**Nome e Cognome madre**.....

nazionalità.....

professione .....Titolo di studio.....

luogo di lavoro ..... tel. ....

orari di lavoro.....

abitazione via ..... città ..... tel. ....

telefono cellulare .....

**Altri numeri di telefono utili:**

.....  
.....

**Altri componenti del nucleo familiare:**

- .....età.....
- .....età.....
- .....età.....

**Altre persone autorizzate al ritiro del bambino:**

.....  
.....  
.....

Ha frequentato il nido d'infanzia o altri servizi 0/3? Se sì quali?.....

.....

Ha frequentato regolarmente?.....

Quali gli aspetti più significativi dell'esperienza al nido per il Vostro bambino?.....

.....

.....

e per voi genitori?.....

.....

E' abituato a stare con adulti non parenti?

Sì

No

se sì con chi.....

è abituato a stare con altri bambini?

Sì

No

Gli piace ricevere amici in casa?

Sì

No

Va in casa di altri bambini?

Sì

No

Quanto tempo guarda la Tv?.....

Da solo o in compagnia di adulti?.....

Quali giochi fa con più frequenza quando è con altri bambini?.....

.....

.....

.....

Usa utensili di casa? (forbici, coltelli ecc).....

.....

Parla volentieri e in quali situazioni?.....

.....

.....

Si fa capire con altri modi (gesti)?.....

.....

Ha abitudine all'ascolto? (storie, racconti, compiti assegnati).....

.....

Nel caso di nazionalità straniera o italiano con genitori stranieri, il bambino parla italiano?

Sì

No

lingue usate in famiglia dal bambino.....

lingue usate in famiglia dai genitori.....

Si muove con disinvoltura in casa e fuori?.....

.....

Gli piace usare attrezzi? (tricyci, scalette, altalene?) .....

.....

Affronta giochi e movimenti rischiosi?.....

.....

Usa ancora il passeggino?.....

Come reagisce ai limiti e ai divieti? .....

.....

Come, dove, con chi mangia?

Abitudini alimentari: preferenze e rifiuti, cibi frullati o a piccoli pezzi, viene imboccato, usa mani o posate, mangia da solo.....

.....

Diete particolari per motivi sanitari certificati (allergie, intolleranze) e religiosi:

.....

.....

Come si addormenta? Con chi o con cosa dorme? Manifesta delle paure?.....

.....

.....

A che ora va a letto la sera?.....

E' abituato al sonno pomeridiano?

Sì

No

Indicazioni utili all'insegnante.....  
.....  
.....

In bagno, quali operazioni compie da solo? (si lava le mani, si riveste...).....  
.....  
.....

Usa ancora il pannolino?                      di notte ☐                      di giorno ☐

indicazioni utili all'insegnante.....  
.....  
.....

eventuali problemi di salute significativi (convulsioni, manifestazioni allergiche ecc).....  
.....

Cosa vi aspettate dalla scuola dell'infanzia che il vostro bambino inizierà a frequentare?  
.....  
.....  
.....

cosa vi aspettate dal vostro bambino?  
.....  
.....  
.....

cosa vi aspettate da noi insegnanti?  
.....  
.....  
.....

cosa potreste offrire alla scuola? (hobbies ed interessi, capacità, disponibilità o altro)  
.....  
.....  
.....

Grazie per la vostra disponibilità e collaborazione,  
riprenderemo il dialogo durante il colloquio.

**Le insegnanti della Sezione**