

SGUARDO SUL BAMBINO



NOME, COGNOME DEL BAMBINO _____

FRATELLI E SORELLE

NOME _____ ETA' _____ SCUOLA FREQUENTATA _____

NOME _____ ETA' _____ SCUOLA FREQUENTATA _____

NOME _____ ETA' _____ SCUOLA FREQUENTATA _____

ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTI _____

ALTRE PERSONE CHE SI OCCUPANO DEL BAMBINO _____

NOTIZIE SULLA FAMIGLIA _____

PERIODO PRENATALE

NATO A TERMINE? SI' NO

IL PARTO E' STATO _____

IL BAMBINO HA PIANTO SUBITO? SI' NO

HA AVUTO PROBLEMI DOPO LA NASCITA? SI' NO

SE SI' QUALI _____

PERIODO FINO AI 3 ANNI

HA SUBITO INTERVENTI O E' STATO OSPEDALIZZATO? SI' NO

SE SI', INDICARE MOTIVAZIONE _____

HA FREQUENTATO L'ASILO NIDO? SI' NO

QUALE? _____

IN CASO DI RISPOSTA NEGATIVA A CHI VENIVA AFFIDATO? _____

ALIMENTAZIONE

I CIBI CHE PREDILIGE : _____

I CIBI CHE RIFIUTA : _____

EVENTUALI ALLERGIE: _____

ABITUDINI PARTICOLARI: _____

EVENTUALI DIFFICOLTA': _____

SONNO

DOVE DORME? _____ CON CHI? _____

COM'E' IL SUO SONNO? _____

VA ANCORA A LETTO CON IL PANNOLONE? _____

COME SI PREPARA AL SONNO? _____

OGGETTI TRANSIZIONALI _____

ABITUDINI RIGUARDANTI IL SONNO POMERIDIANO

EVENTUALI PAURE _____

NOTE PARTICOLARI _____

RELAZIONI FAMILIARI

NOTE PARTICOLARI _____

CONTESTO FAMILIARE

QUALI SPAZI SONO A DISPOSIZIONE DEL BAMBINO? _____

HA UNA STANZA SUA? _____ QUALI SPAZI UTILIZZA PER IL GIOCO? _____

QUALI UTENSILI DELLA CASA PREDILIGE? _____

PUO' O NON PUO' UTILIZZARLI? _____

QUALI GIOCHI PREDILIGE? _____

COME LI GESTISCE E LI ORDINA _____

AMA GUARDARE LA TV? _____ CON CHI? _____

PER QUANTO TEMPO? _____

HA LIBRI A SUA DISPOSIZIONE? _____

AUTONOMIE

SI VESTE E SVESTE DA SOLO? _____ SI LAVA DA SOLO? _____

MANGIA DA SOLO? _____ VA IN BAGNO DA SOLO? _____

VA A LETTO DA SOLO? _____ QUALI AUTONOMIE RIVELA? _____

NOTE PARTICOLARI _____

MOTRICITA'

HA GATTONATO A _____

HA CAMMINATO A _____

SALE E SCENDE LE SCALE? SI' NO

CORRE DA SOLO? SI' NO

VA SUL TRICICLO? SI' NO

RIESCE A TAGLIARE CON LE FORBICI? SI' NO

FA SCARABOCCHI? SI' NO

LANCIA LA PALLA? SI' NO

AFFERRA LA PALLA? SI' NO

SA REGGERSI SU UN PIEDE SOLO? SI' NO

RELAZIONI

HA RELAZIONI CON ALTRI BAMBINI? SI' NO

VA IN CASA DI ALTRI BAMBINI? SI' NO

QUALI BAMBINI RICEVE A CASA? _____

FA AMICIZIA FACILMENTE? SI' NO

HA UN AMICO DEL CUORE? SI' NO

INTERESSI PERSONALI

CHE COSA LO INCURIOSISCE? _____

QUALI DOMANDE PONE PIU' SPESSO? _____

QUALI SONO I SUOI PERCHE'? _____

QUALI COSE VUOLE TOCCARE O MANIPOLARE? _____

NOTE PARTICOLARI _____

LINGUAGGIO

A QUANTI MESI HA INIZIATO A PARLARE? _____

PARLA CON GLI SCONOSCIUTI? SI' NO

COMUNICA PIU' CON LE PAROLE O CON I GESTI? _____

ASCOLTA I DISCORSI DEGLI ALTRI? SI' NO

GLI PIACE ASCOLTARE FIABE, FAVOLE, STORIE? SI' NO

SA ESPRIMERE I SUOI DESIDERI? SI' NO

RIESCE SEMPRE A FARSI CAPIRE? SI' NO

HA QUALCHE DIFETTO DI PRONUNCIA? _____

NOTE PARTICOLARI _____

BREVE QUADRO SUL CARATTERE DI VOSTRO FIGLIO/A

QUALI ASPETTATIVE NUTRITE NEI CONFRONTI DELLA SCUOLA MATERNA?
