



QUESTIONARIO PER L'AMBIENTAMENTO

COGNOME E NOME DEL BAMBINO _____
NATO/A A _____ (____) IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____

COGNOME E NOME DEL PADRE
NATO A _____ (____) IL _____
ATTIVITÀ LAVORATIVA _____
NUMERO DI TELEFONO _____
NUMERO DI TELEFONO LAVORO _____

COGNOME E NOME DELLA MADRE
NATA A _____ (____) IL _____
ATTIVITÀ LAVORATIVA _____
NUMERO DI TELEFONO _____
NUMERO DI TELEFONO LAVORO _____

FRATELLI E SORELLE	_____	ETÀ _____
	_____	ETÀ _____
	_____	ETÀ _____

INFORMAZIONI UTILI DEL BAMBINO E DELLA FAMIGLIA

IL BAMBINO VIVE CON ENTRAMBI I GENITORI? _____

CI SONO PERSONE CHE SI OCCUPANO IN MODO SIGNIFICATIVO DEL BAMBINO?
(nonni, zii) _____

DATI SULLA NASCITA

IL PARTO È STATO (SEGNARE CON CROCETTA LE OPZIONI CHE INTERESSANO)

- NEL TEMPO REGOLARE
- POSTMATURO
- PREMATURO
- PARTO NATURALE
- PARTO CESAREO

HA AVUTO MALATTIE SIGNIFICATIVE?

- SÌ
- NO

SE SÌ QUALI? _____

A CHE ETÀ? _____

PER QUANTO TEMPO? _____

HA SVILUPPATO PARTICOLARI ALLERGIE? (SE SÌ INDICARE QUALI E ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL CERTIFICATO MEDICO) _____

IL BAMBINO HA FATTO LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE? ALLEGARE FOTOCOPIA DEL LIBRETTO VACCINALE O DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

- SÌ
- NO

FA QUOTIDIANAMENTE USO DI QUALCHE FARMACO?

- SÌ
- NO

ALIMENTAZIONE

HA PARTICOLARI INTOLLERANZE O ALLERGIE ALIMENTARI? SE SÌ SPECIFICARE QUALI E ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO

- SÌ
- NO

CI SONO ALIMENTI CHE PER MOTIVI RELIGIOSI NON PUÒ MANGIARE?

- SÌ
- NO

SE SÌ, QUALI? _____

QUALI ALIMENTI NON HA ANCORA ASSAGGIATO? (VEDI MENÙ ALLEGATO)
SE NON HA ANCORA ASSAGGIATO QUALCHE ALIMENTO VI CHIEDIAMO DI FARGLIELO ASSAGGIARE A CASA)

SVEZZAMENTO

ETÀ IN CUI SI È INIZIATO LO SVEZZAMENTO _____

TIPO DI SVEZZAMENTO _____

EVENTUALI NOTE _____

LATTE

- MATERNO
- ARTIFICIALE (INDICARE IL TIPO) _____

NUMERI PASTI DURANTE LA GIORNATA _____

NUMERO ORE TRA UN PASTO E L'ALTRO _____

EVENTUALI NOTE _____

DURANTE IL PASTO A TAVOLA (ABITUDINI, DIFFICOLTÀ...)

USA LE POSATE?

BEVE IN MODO AUTONOMO E DA DOVE BEVE?

RIMANE SEDUTO DURANTE IL
PASTO? _____

MANGIA TUTTI GLI ALIMENTI CHE GLI VENGONO PROPOSTI?

L'APPETITO È

- SCARSO
- NORMALE
- ABBONDANTE

MANGIA IN MODO AUTONOMO?

IL PASTO GLI VIENE SOMMINISTRATO SEMPRE DALLA STESSA PERSONA?

- SÌ (indicare in quali momenti della giornata)
- NO

EVENTUALI NOTE

MOMENTO DEL CAMBIO/UTILIZZO SERVIZI IGIENICI

È CALMO DURANTE IL CAMBIO DEL PANNOLINO?

È SOGGETTO AD ARROSSAMENTI? _____

UTILIZZA CREME SPECIFICHE O ALTRO? _____

VI INFORMIAMO CHE NOI AL NIDO NOI UTILIZZIAMO LE SALVIETTE DI QUESTE
MARCHE "FRILLY BABY" PANNOLINI "CAREZZA" E CREMA "FISSAN"

È AUTONOMO NELL'USO DEI SERVIZI IGIENICI?

SONNO

IN CHE MODO SI
ADDORMENTA? _____

QUANTO TEMPO IMPIEGA PER ADDORMENTARSI?

UTILIZZA UN OGGETTO PARTICOLARE PER ADDORMENTARSI? SE SÌ QUALE?

LA SERA SI ADDORMENTA ALLE ORE? _____

LA MATTINA SI SVEGLIA ALLE ORE? _____

DURANTE LA MATTINA FA UN RIPOSINO? _____

IL POMERIGGIO A CHE ORE SI ADDORMENTA? QUANTO DORME?

IL SONNO È

- REGOLARE E CONTINUATIVO
- DISCONTINUO CON FREQUENTI RISVEGLI
- LEGGERO
- PESANTE
- AGITATO
- SERENO

EVENTUALI NOTE:

RELAZIONI

HA FREQUENTATO ALTRI SERVIZI EDUCATIVI? SE SÌ DOVE E PER QUANTO TEMPO? _____

HA AVUTO O HA TUTT'ORA UNA BABY SITTER? _____

FREQUENTA ABITUALMENTE ALTRI BAMBINI (FRATELLI, CUGINI, AMICI)?

CONOSCI ALTRI BAMBINI ISCRITTI AL NIDO? SE SÌ CHI?

PREFERISCE RELAZIONARSI E GIOCARE CON

- ADULTI
- BAMBINI PIÙ GRANDI
- COETANEI
- BAMBINI PIÙ PICCOLI

NOTE SU ATTEGGIAMENTI NEI CONFRONTI DI PERSONE E AMBIENTI NON FAMIGLIARI _____

QUAL È IL SUO TEMPERAMENTO?

- SERENO
- TRANQUILLO
- CHIUSO
- VIVACE
- COMUNICATIVO
- APERTO
- IRREQUIETO
- TIMIDO
- INTROVERSO

CHE COSA LO INCURIOSISCE? CHE COSA LO SPAVENTA? VERSO COSA DIMOSTRA INTERESSI PARTICOLARI? _____

COMUNICA PIÙ CON LE PAROLE O CON I GESTI? RIESCE SEMPRE A FARSI CAPIRE? _____

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE
L'EQUIPE EDUCATIVA