



SCUOLA DELL'INFANZIA

ANNO EDUCATIVO 2024/ 2025

Indagine Conoscitiva

Carissimi genitori, questa scheda rappresenta il primo momento di un dialogo tra scuola e famiglia. Per noi insegnanti, all'inizio di questo percorso educativo, è fondamentale apprendere più informazioni possibili su vostro/a figlio/a per cominciare a conoscerlo/a. Vi chiediamo di prendervi dei minuti per compilare assieme il documento inserendo tutto ciò che ritenete importante come la storia dei suoi primi anni di vita, le sue abitudini, i suoi interessi.

Grazie per la vostra collaborazione!

Le insegnanti

DATI ANAGRAFICI

Nome _____

Cognome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Tel. Casa _____

Cellulare mamma _____

Cellulare papà _____

Altri recapiti (specificare i nomi) _____

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

Nome e cognome della mamma _____

Nome e cognome del papà _____

Il bambino/a ha fratelli o sorelle? _____ Quanti? _____

Età _____

Ha i nonni? _____

Altre persone importanti _____

Ha frequentato il nido? se sì, quale? _____

Se no, con chi è stato finora? _____

STORIA DEI PRIMI ANNI DI VITA

Come si è svolto il parto?

Prematuro

A termine

Fuori termine

Altre informazioni utili _____

Il/la bambino/a ha avuti problemi seguenti alla nascita? se sì, quali? _____

Il bambino/a ha presentato problemi medici (convulsioni, traumi, allergie) ? _____

Ha subito ricoveri in ospedale? _____

Ha avuto malattie importanti o subito incidenti? _____

RIPOSO

Dove dorme? _____

Con chi dorme? _____

Chi lo addormenta? _____

In che modo? _____

Con altre figure (nonni, baby sitter)? _____

Dorme al pomeriggio? se si, quanto? _____

Per dormire vuole avere un oggetto che lo rassicura? se si, quale? _____

Utilizza il pannolino per dormire? _____

A che ora si addormenta alla sera? _____

AUTONOMIA PERSONALE

Si veste/ sveste da solo? _____

Scarpe

Ciabatte/ pantofole

Felpa

Maglietta

Pantaloni

Mutande

Calzini

Giacca

Durante i momenti di gioco richiede la presenza costante di una figura di riferimento o si gestisce? _____

Ci sono delle autonomie su cui state lavorando? _____

Usa il vasino/water/pannolino? _____

ALIMENTAZIONE

Mangia da solo? _____

Utilizza il cucchiaio/forchetta? _____

Segue diete? _____

Quali sono gli alimenti preferiti? _____

Quali sono gli alimenti che rifiuta? _____

Mentre mangia:

Gioca o è distratto

Pasticcia

Chiacchiera

Guarda la televisione /tablet/cellulare

Allergie certificate in trattamento o in via di accertamento _____

GIOCO E RAPPORTI SOCIALI

Abitualmente dove e con chi gioca? _____

Quali giochi preferisce? _____

Accetta proposte di gioco da parte di un adulto o di altri bambini? _____

Propone giochi? _____

Come sono i rapporti tra fratelli e altri bambini? _____

Altre notizie utili

Cosa vi aspettate o cosa vi spaventa della scuola dell'infanzia?

Orario previsto di arrivo e uscita _____

