

QUESTIONARIO CONOSCITIVO

INSERIMENTO NIDO D'INFANZIA/ SEZIONE PRIMAVERA

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A

NATO/A IL A

NAZIONALITA'

RESIDENTE A IN VIA

NOME DEL PEDIATRA

SITUAZIONE VACCINALE

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

MADRE	PADRE
NOME	NOME
COGNOME	COGNOME
DATA E LUOGO DI NASCITA	DATA E LUOGO DI NASCITA
NAZIONALITA'	NAZIONALITA'
TELEFONO	TELEFONO
EMAIL	EMAIL
PROFESSIONE	PROFESSIONE

FRATELLI E/O SORELLE

NOME	ETA'
NOME	ETA'
NOME	ETA'

ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI IL NUCLEO FAMILIARE CHE SI RITENGONO IMPORTANTI
(ci sono altre persone che si occupano del bambino/a? Nonni, zii, baby sitter ecc...)

.....

.....

.....

.....

DATI SULLA NASCITA DEL BAMBINO/A

Il parto è stato:

- ☐ Nel tempo regolare
- ☐ Prematuro
- ☐ Oltre il termine
- ☐ Naturale
- ☐ Cesareo

Il bambino ha avuto problemi dopo la nascita: si no

Se si quali?

Per quanto tempo?

Il bambino ha subito ricoveri in ospedale? si no

Se si, a che età e per quali motivi?

.....

Il bambino ha necessità di assumere farmaci salvavita? si no

Se si, indicare quali

.....

SVILUPPO MOTORIO

Quando ha iniziato a: gattonare

 camminare

Come reagisce quando cade per terra?

ALIMENTAZIONE

- A che età è iniziato lo svezzamento?
- Assume ancora latte dopo lo svezzamento? si no
- Se sì, quando e quante volte al giorno?
- Ha allergie alimentari? si no
- Se sì, quali?
- Ha intolleranze alimentari? si no
- Se sì, quali?
- Mangia da solo? si no qualche volta preferisce essere imboccato
- Mangia tutto ciò che gli viene proposto? si no
- Ci sono alimenti che non sono ancora stati inseriti? si no
- Se sì, quali?
- La consistenza del cibo è: frullata a pezzetti
- C'è un piatto che preferisce?
- C'è un piatto che rifiuta?
- Rimane seduto durante il pasto? si no

RIPOSO

- Quanto dorme il pomeriggio?
- Da che ora?
- In che modo si addormenta?
- Quanto tempo impiega ad addormentarsi?
- Dove dorme?
- Chi lo addormenta?
- Preferisce la posizione: prona supina di fianco
- Ha un oggetto o un rito particolare che lo rassicura? (ciuccio, pupazzi, ninna nanne...)
.....
- È abituato a fare un riposino mattutino? si no
- Se sì, a che ora e quanto dorme?

IGIENE E CURA

Usa il pannolino? sì no

Se no, da quanto tempo è spannolinato?

È soggetto ad arrossamenti? sì no

Utilizza creme specifiche o altro? sì no

È tranquillo durante il cambio? sì no

Ha paura di sporcarsi? sì no

Con che modalità viene cambiato?

Gli piace lavarsi le mani? sì no

SOCIALIZZAZIONE

Ha già frequentato il nido? sì no

Ha avuto o ha una baby sitter? sì no

Come si comporta in presenza di adulti e/o bambini estranei?

.....

Come si comporta se i genitori si allontanano?

.....

Con chi trascorre più tempo?

Esiste un legame più stretto con uno dei due genitori?

È abituato a frequentare altri bambini? sì no

Se sì, di che età e come si relaziona?

C'è qualcosa che lo spaventa? sì no

Se sì, cosa?

In che modo è abituato ad essere consolato se piange?

.....

Ci sono giochi e/o attività che predilige?

.....

.....

Eventuali note aggiuntive che si ritengono importanti per l'ambientamento del bambino/a

.....

.....

.....

.....

Data

Firma dell'educatrice

Firma genitori