

ISTITUTO SCOLASTICO DI LUMINO



ANAMNESI

ACCOGLIENZA

ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

(da ritornare unitamente

all'iscrizione ed al certificato medico)

Nome e Cognome del/la bambino/a:

Nato/a il:

Figlio/a di:

Cari Genitori,

è nostro desiderio accogliere al meglio i vostri bambini alla scuola dell'infanzia, ci permettiamo quindi di chiedervi utili informazioni riguardo alcune caratteristiche dei vostri figli e le vostre aspettative in merito a questa nuova esperienza. Queste importanti informazioni ci serviranno per creare un contesto educativo adeguato per guidare e accompagnare tutti i bambini nel loro percorso di apprendimento, attraverso interventi appropriati. A questo scopo vi sottoponiamo il seguente formulario suddiviso in due parti. Una prima parte in cui vengono richieste informazioni di ordine generale e una seconda, pensata dalle docenti dell'Istituto, in cui avrete più spazio per farci conoscere vostro figlio/figlia.

PRIMA PARTE

1- Autonomia/caratteristiche del/la bambino/a

Ha frequentato il pre-asilo /asilo nido? sì no

Se sì quale?

Con che frequenza?.....

Sua figlio/figlia è autonomo:

nell'andare al gabinetto? sì no

nel vestirsi/svestirsi?
sì no

tavola(inizia a utilizzare le posate: forchetta/coltello/cucchiaio)? sì no

nell'igiene personale: lavarsi denti/mani? sì no

2- Ritmi fisiologici e abitudini

Di solito dorme bene la notte? sì no

Ha ancora bisogno di dormire al pomeriggio? sì no

Ha ancora bisogno del “ciuccio”? sì no

Per bere usa ancora il biberon? sì no

Di solito fa colazione? sì no

Cosa preferisce mangiare?

.....
.....

Cosa non mangia?

.....
.....

Ha intolleranze o allergie alimentari? sì no

se sì, quali?

Ha avuto particolari problemi di salute? sì no

se sì, quali?

3- Linguaggio

Lingua/e parlata/e in famiglia:

.....

Nella sua lingua madre, sa esprimersi in maniera comprensibile? sì no

Comprende l’italiano? sì no

Parla italiano? sì no

4- Relazione con gli altri

Com’è il suo carattere? (es: timido/a, estroverso/a...)

.....
.....

Come reagisce a situazioni di conflitto con altri bambini?

.....
.....

Come reagisce al “NO” dei genitori?

.....
.....
Come reagisce con le persone (adulti e bambini) che non conosce?

.....
.....

SECONDA PARTE

Cosa ama fare vostro/a figlio/a a casa?

.....
.....

Quali sono i suoi interessi e le sue passioni?

.....
.....

Pratica delle attività sportive? Quali? Con chi?

.....
.....

Fa delle collezioni? Quali?

.....
.....

Ama ascoltare storie? Quali? In quali momenti?

.....
.....

Preferisce giocare da solo/a o in compagnia? (Con chi?)

.....
.....

Possiede animali domestici? Quali?

.....
.....

Ha delle paure? Quali?

.....
.....

Di cosa ha bisogno per sentirsi sicuro/a?

.....
.....

Che cosa vi fa divertire di vostro/a figlio/a?

.....
.....

Come pensate reagirà vostro/a figlio/a durante i primi giorni e le prime settimane di scuola (fase di adattamento)?

.....
.....

Cosa vi aspettate dalla scuola dell'infanzia?

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

Avete delle preoccupazioni?

Quali?

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

Osservazioni

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

Data: Firma:
