

Nido La Madonnina

Scheda di inserimento data di compilazione _____

Nome e Cognome

Età

RELAZIONE CON SE STESSO E CON GLI ALTRI

Ha già frequentato altri nidi d'infanzia o altri servizi (baby sitter, centri gioco, etc.)?

si

no

Se sì, indicare quali

.....
.....

Ha occasione di incontrare e giocare con altri bambini (amici, cugini, fratelli) in situazioni informali (parco,casa, feste) ?

si

no

Se sì, indicare come si comporta solitamente il bambino (interagisce con gli amici,resta in disparte, cerca la vicinanza dell'adulto)

.....
.....

Sa esprimere i suoi bisogni e il suo stato d'animo attraverso parole, gesti e pianto?

si

no

Se sì, indicare le modalità solitamente messe in atto

.....
.....

Come reagisce di fronte alla presenza di adulti che non conosce (piange, interagisce,indifferente)?

.....
.....

Ha preferenze particolari nei giochi e negli spazi (ambienti esterni, ambienti interni, giochi di movimento o giochi simbolico)?

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

.....
.....
Quali attività lo/la attraggono di più (colorare, leggere,ballare, costruire)?
.....
.....
.....

Ha avuto occasione di sperimentarsi,di sporcarsi giocando con materiali naturali (acqua, terra, sabbia, sassi, legnetti)?

- sì
- no

Se sì, indicare la reazione del bimbo/a (era infastidito/a,divertito/a,intimorito/a,entusiasta)

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

ABITUDINI E AUTONOMIE

Vive serenamente il momento del pranzo (sta seduto volentieri a tavola, mangia insieme alla famiglia)?

- sì
- no

Se no, indicare come viene vissuto il momento.

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

Utilizza un oggetto per coccolarsi?

- sì
- no

Se sì, indicare quali oggetti utilizza durante la coccola e come.

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

C'è qualcosa che lo/la infastidisce?

- sì
- no

Se sì, cosa?

.....
.....

Generalmente come affronta il momento del sonno?

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

Usa il pannolino?

- si
- no

Se sì, ha già provato a familiarizzare con il WC?

.....

.....

.....

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Quali malattie ha già contratto?(infettive, normali malattie dell'infanzia)

.....

.....

.....

Eventuali stati di malessere cui è o è stato soggetto/a che si sono verificati relativamente alla sua salute (epilessia, convulsioni, reflusso gastro-esofageo, attacchi d'asma, shock anafilattico)

.....

.....

.....

Presenta intolleranze o allergie alimentari?

- si
- no

Se sì quali? Fornire agli educatori i il certificato del pediatra.

.....

.....

.....

.....

La famiglia richiede per scelte religiose o di stili di vita una dieta alternativa?

- si
- no

Se si è necessaria un'autocertificazione firmata da entrambi i genitori.

Vuoi raccontarci qualcosa sul tuo bambino?

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Firma

.....

