

# SCUOLA DELL'INFANZIA "ALBERT SABIN"

## SCHEDA PERSONALE DEL BAMBINO

### BAMBINO/A

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo .....

Residenza/Via .....

Recapiti telefonici utili alla scuola in caso di bisogno:

1	TELEFONO CASA	
2	CELLULARE MAMMA	
3	CELLULARE PAPÀ	
4	LAVORO MAMMA	
5	LAVORO PAPÀ	
6	NONNI MATERNI	
7	NONNI PATERNI	
8	ALTRI (specificare nome) .....	

### PADRE

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo .....

Professione .....

Interessi ed hobby .....

### MADRE

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo .....

Professione .....

Interessi ed hobby .....

### FRATELLI E SORELLE

Nome ..... Data di nascita ..... Luogo .....

Nome ..... Data di nascita ..... Luogo .....

Nome ..... Data di nascita ..... Luogo .....

Nome ..... Data di nascita ..... Luogo .....

Nome ..... Data di nascita ..... Luogo .....

### ALTRI COMPONENTI DEL GRUPPO FAMILIARE O PERSONE CHE SI OCCUPANO DEL BAMBINO/A

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

## NOTIZIE SULLA NASCITA

Ci sono state complicazioni per la mamma durante la gravidanza o il parto? .....

Se sì quali?.....

.....

## PRIMI MESI

### Quando ha iniziato:

- Ad essere alimentato/a con le pappe? .....
- A mangiare cibi e minestre come la mamma ed il papà? .....
- A camminare da solo? .....
- A pronunciare le prime parole? .....
- A dire frasi di due o più parole? .....

Quali malattie ha avuto il/la bambino/a?.....

.....

- E' stato/a ricoverato in ospedale? .....
- Per quali problemi? .....
- Per quanto tempo? .....
- A che età? .....

### Ha frequentato il nido?

- Se sì, per quanto tempo? .....
- Frequentava regolarmente? .....
- Se no, per quali motivi? .....
- Andava volentieri al nido? .....
- Se no, come manifestava il suo rifiuto? .....

## IL SONNO

Il bambino/a dorme con:     i genitori         i fratelli         in camera da solo

- A che ora va a letto? .....
- A che ora si sveglia? .....
- Dorme al buio o con la luce accesa? .....
- Fa fatica ad addormentarsi? .....
- Ha problemi durante la notte? Quali? .....
- .....
- Porta a letto un pupazzo? .....
- Riposa nel pomeriggio? .....
- Usa il ciuccio? .....
- Usa il pannolone? .....
- Altre notizie particolari .....
- .....
- .....

## ABITUDINI ALIMENTARI

- Usa il biberon? .....
- E' autonomo nel mangiare? .....
- Il bambino/a mangia:     poco     molto     regolarmente

- Quali sono i cibi preferiti? .....
- Quali sono i cibi che rifiuta? .....
- Ha allergie? .....
- Quali? .....
- .....
- .....
- Altre notizie particolari .....
- .....
- .....

## AUTONOMIA PERSONALE

- Il bambino ha acquisito il controllo sfinterico? .....
- Si veste da solo/a? .....
- Si lava volentieri? .....
- Si lava da solo/a le mani ed il viso? .....
- Sceglie i suoi giochi? .....
- Riordina i suoi giochi? .....

## ABITUDINI QUOTIDIANE

- In quali spazi il bambino svolge le proprie attività? .....
- .....
- .....
- Come gestisce ed ordina i suoi spazi e le sue cose? .....
- .....
- .....
- Svolge attività sportive? Quali? .....
- .....
- .....

## ELEMENTI DEL CARATTERE

- Il bambino/a è: Tranquillo/a    Timido/a    Vivace    Molto vivace  
Volubile    Aggressivo    Altro.....
- Piange con facilità? .....
- E' obbediente? .....
- E' più sensibile:     Al rimprovero     All'incoraggiamento  
 Alla fermezza     Alla dolcezza
- E' geloso/a? .....
- Se sì, di chi e di che cosa? .....
- Come dimostra la sua gelosia? .....
- Manifesta paure particolari? Quali? .....
- .....
- Come stimola la sua curiosità? .....
- .....
- Altre notizie particolari .....
- .....
- .....

## IL GIOCO ED IL TEMPO LIBERO

- Il bambino/a preferisce giochi:      Tranquilli      Di movimento
- Quali giocattoli preferisce? .....
- .....
- Preferisce giocare:    da solo    con la mamma    con il papà    con i fratelli
- con i coetanei      Altro .....
- .....
- Ha un amico del cuore? .....
- Fa amicizia facilmente? .....
- Va a casa di altri bambini/e nel tempo libero? .....
- Quanto tempo passa davanti alla televisione? .....
- Che cosa guarda e quali programmi preferisce? .....
- .....
- Altre notizie particolari .....
- .....

## ATTIVITA' MOTORIA

- Il bambino/a sale e scende le scale senza paura? .....
- Va sul triciclo? .....
- Va sullo scivolo? .....
- Ha paura dell'acqua? .....
- Gioca con la palla? .....

## COMUNICAZIONE

- Il bambino/a è estroverso o introverso? .....
- Parla con gli sconosciuti? .....
- Parla delle sue esperienze? .....
- Riesce a farsi capire meglio con i gesti o con le parole? .....
- Ha qualche difetto di pronuncia? .....
- Fa domande? .....
- Sa ascoltare conversazioni di coetanei o adulti? .....
- Gli/Le vengono lette fiabe o storie? .....
- Se sì, riesce a seguire i racconti senza stancarsi? .....

## SPAZIO DESTINATO AI GENITORI PER ULTERIORI IMPORTANTI COMUNICAZIONI AGLI INSEGNANTI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## LE VOSTRE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELLA SCUOLA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grazie della collaborazione

**N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305 e Regolamento UE 2016/679 GDPR**

La seguente scheda va compilata e consegnato in busta chiusa alle insegnanti di sezione.