

## QUESTIONARIO CONOSCITIVO

### DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome del bambino/a: \_\_\_\_\_

Vi chiediamo di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del vostro/a bambino/a: queste informazioni ci possono essere utili per favorire un sereno ambientamento al Nido; Grazie.

### NOTIZIE GENERICHE

A casa chi si occupa del bambino/a per la maggior parte del tempo, e chi si è occupato di lui/lei prima che venisse al nido?

---

---

Con chi gioca? Vuole la presenza di un adulto che giochi con lui/lei o gli/le basta vedere qualcuno nelle vicinanze?

---

---

Ha giochi preferiti? Se sì, quali?

---

---

Esplora la casa muovendosi da solo/a?

---

E' abituato a giocare all'esterno? Se sì, Dove?

---

Ci sono stati allontanamenti precoci dalla madre? Se sì come mai?

Ospedalizzazione (a che età e per quanto tempo-reazioni del bambino/a);

---

---

Il bambino ha già frequentato un asilo nido? Se sì, come ha vissuto l'esperienza?

---

---

## **AUTONOMIA PERSONALE**

Ha già cominciato a camminare?

---

---

Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno e diurno?

---

---

Se no, come viene cambiato/a?

---

---

Eventuali note (segnalare problemi particolari)

---

---

## **RIPOSO**

E' abituato a dormire durante il giorno? Se sì quando?

---

Ha risvegli durante il sonno?

---

Utilizza il ciuccio o altri oggetti particolari? Se sì quali?

---

---

Dove dorme il/la bambino/a? Ha una stanza tutta sua?

---

Si addormenta da solo? (se no come e con chi)

---

Orari abituali del sonno:

---

## **VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE**

Quali giochi predilige?

---

Preferisce giocare da solo? Se No, con chi preferisce giocare?

---

---

Preferisce giochi sedentari o di movimento ? Quali ?

---

Come usa i propri giocattoli? (li cura, li conserva, li mette in comune con gli altri, ecc..)

---

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (Ad esempio: ascolto. contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazione, ecc...)

---

---

## **ALIMENTAZIONE E SALUTE**

Il bambino/a è svezzato/a? \_\_\_\_\_

A che età ha cominciato lo svezzamento? \_\_\_\_\_

Si è seguito uno svezzamento tradizionale o autosvezzamento?

---

Consistenza del cibo che è abituato/a a mangiare (frullato, tritato. a pezzetti)

---

Dove sta seduto/a mentre mangia? (seggiolone, in braccio, altro..)

---

Com'è il suo rapporto col cibo?

---

E' in grado di usare il cucchiaino o altre posate?

---

Ha la possibilità di manipolare il cibo mentre mangia?

---

Ci sono cibi che non gradisce? Se sì, quali?

---

Presenta specifiche allergie o intolleranze? Se sì, quali?

---

Il bambino è abituato a condividere il momento del pasto con la famiglia?

---

---

Vi sono aspetti riguardanti la salute o alimentazione del bambino dei quali ritenete opportuno informarci?

---

Soffre di allergie o intolleranze a prodotti per il bagno e la cura igienica (saponi, shampoo, creme, talco, ecc...)?

---

---

Com'è il suo linguaggio? (sa comunicare verbalmente facendosi capire da chi lo ascolta; utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità)

---

---

Cosa vi aspettate dall'ambientamento al Nido?

---

---

---

**GRAZIE PER LA COMPILAZIONE**