

## QUESTIONARIO PER L'INSERIMENTO ALL' ASILO

ANNO EDUCATIVO \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

Primo giorno d'inserimento: \_\_\_\_\_;

Il/La bambino/a: \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_;

Composizione del gruppo di appartenenza al nido: Gruppo di nuova formazione  Proseguo

Il/La bambino/a è:

- Primogenito;
- Secondogenito;
- Gemello.

Le esperienze di separazione già vissute dal/la bambino/a e le sue reazioni:

- Nel contesto familiare

---

---

---

---

---

- Fuori il contesto familiare

---

---

---

---

---

Cambiamenti significativi avvenuti entro i sei mesi appena trascorsi:

- Trasloco
- Nuova gravidanza
- Ospedalizzazione dell'utente
- Ospedalizzazione di un genitore
- Separazione dei genitori
- Nascita fratello/sorella
- Lutto in famiglia

- Genitore che viaggia.

### Quando il/la bambino/a piange, come si consola?

- Con il ciuccio;
- In braccio;
- Tocca i capelli all'adulto;
- Viene cullato nel passeggino;
- Viene "distratto" con giochi;
- Viene "distratto" con il cibo;
- Viene lasciato piangere, fino a che non si calma.

### **MOMENTO DEL CAMBIO E ABITUDINI IGIENICO-SANITARIE**

- Porta il pannolino? Si No
- Ha raggiunto il controllo sfinterico? Si No
- Da quanto tempo ha tolto il pannolino di giorno? \_\_\_\_\_
- Ha tolto il pannolino la notte? Si No
- Se ha tolto il pannolino la notte, da quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Usa il water? Si No
- Usa il water con il riduttore? Si No
- Usa il vasino? Si No
- Si lascia cambiare in posizione supina, sul fasciatoio? Si No
- Gli piace essere lavato? Si No
- Usate regolarmente una crema per ogni cambio di pannolino? Si No
- Si lascia lavare il viso? Si No
- Si lava i denti? Si No
- Si lascia pettinare? Si No

### **LE ABITUDINI ALIMENTARI**

- Il/la bambino/a manifesta il desiderio di mangiare? Si No
- Con chi mangia? Mamma Papà Altro
- Dove mangia? Passeggino- seggiolone- in braccio-seggiolone da tavola- in movimento- altro
- Come mangia? Guardando la tv-cellulare e/o Ipad-mentre gioca-altro
- Preferisce i cibi dolci? Si No
- Preferisce i cibi salati? Si No
- Manifesta difficoltà nel mangiare? Rifiuto-pianto-altro
- Accenna alla masticazione? Si No
- Mastica correttamente? Si No

### **IL PASTO**

- Mangia il piatto unico da lattante? Si No
- Mangia il piatto unico a pezzetti? Si No
- Mangia separato (primo e secondo)? Si No
- Cerca di mangiare da solo? Si No
- Mangia con le mani? Si No
- Usa le posate? Si No
- Gioca con il cibo? Si No
- Beve da solo? Si No
- Beve con il biberon? Si No
- Beve con il bicchiere a beccuccio? Si No
- Beve con il cucchiaino? Si No
- Beve con il bicchiere? Si No

## IL SONNO

Manifesta il bisogno di dormire? Si No (se Si specificare il come)

- Si tocca le orecchie
- Si stropiccia gli occhi
- Si tocca i capelli
- Piange
- Vuole essere preso in braccio
- Tocca le orecchie all'adulto che lo culla
- Tocca i capelli all'adulto che lo culla
- Altro \_\_\_\_\_

Dove si addormenta?

- In braccio? Si No
- Nel passeggino? Si No
- Nel seggiolone? Si No
- Nel suo lettino? Si No
- Nel letto matrimoniale? Si No
- Mentre ciuccia dal seno? Si No
- Dorme solo in macchina? Si No
- Altro \_\_\_\_\_

Con cosa si addormenta?

- Con il ciuccio;
- Con il biberon;

- Con il seno;
- Con un pupazzo;
- Con una copertina/lenzuolino
- Altro \_\_\_\_\_

Chi lo addormenta?

- Mamma
- Papà
- Nonno/a
- Baby sitter
- Da solo
- Altro \_\_\_\_\_

- A che ora si addormenta la sera? \_\_\_\_\_
- Quante ore dorme continuativamente? \_\_\_\_\_
- Se si sveglia piange? Si No
- Viene cullato? Si No
- Viene lasciato piangere? Si No
- Si riaddormenta da solo? Si No
- Rimane sveglio nel lettino senza piangere? Si No
- Altro \_\_\_\_\_

- La mattina dorme? Si No ( se Si specificare quanto)
- Meno di un'ora
- Più di un'ora
- Oltre due ore
- Altro \_\_\_\_\_

- Il pomeriggio dorme? Si No (se Si specificare quanto)
- Meno di un'ora
- Più di un'ora
- Oltre due ore
- Altro \_\_\_\_\_

**MOTRICITA' GROSSOLANA**

Come si muove?

- Rotola

- Striscia
- Gattona
- Mantiene la posizione seduta
- Si sposta da seduto
- Si alza in piedi con l'aiuto di un adulto
- Si alza in piedi appoggiato ad un supporto
- Cammina
- Sale le scale
- Scende le scale
- Corre
- Salta

Com'è il tono del movimento?

- Fluido
- Rigido
- Insicuro
- Traballante

## LA COMUNICAZIONE

Come comunica?

- Con lo sguardo
- Sorridendo
- Vocalizzando
- Con la mimica facciale
- Con la parola
- Elabora frasi brevi con 2/3 parole comprensibili
- Altro \_\_\_\_\_