



DIREZIONE DIDATTICA 3° CIRCOLO

Viale Diaz, 57

36061 BASSANO DEL GRAPPA(VI)



Tel 0424 – 503736 fax 0424 – 501957 e- mail Dirigente: dstognon@libero.it segreteria: segreteria@bibliomulti3circolo.it

www.terzocircolobassano.it

PRIME INFORMAZIONI

Data di compilazione:
Cognome e nome del bambino:
Nato/a il... a ...
cittadinanza
Residente a ... in via ...
Telefono ... Cell. mamma ...
Cell. papà
Ha fratelli o sorelle? ... Ha frequentato il nido?
... per quanto tempo?

Autonomia personale

Table with 4 columns: Question, Sì, No, In parte. Rows include: 1. Possiede controllo sfinterico?, 2. Esprime il bisogno di andare in bagno?, 3. Ha l'abitudine di dormire di pomeriggio?, 4. Usa il pannolino per il riposo pomeridiano?, 5. Usa il ciuccio o altri oggetti per addormentarsi?, 6. Si addormenta da solo?, 7. Usa cucchiaio e forchetta?, 8. Mangia da solo?, 9. Rifiuta alcuni cibi? Quali?, 10. Ha allergie o intolleranze? Quali?, 11. Sta seduto a tavola?, 12. Si veste da solo?, 13. Manifesta disagio quando è sporco?, 14. Riconosce le sue cose?

Eventuali note:

Autonomia motoria

	Sì	No	In parte
1. Cammina volentieri da solo?			
2. Corre spontaneamente?			
3. Sale autonomamente le scale?			
4. Sa evitare ostacoli?			
5. Ha il senso del pericolo?			

Eventuali note:

Autonomia espressiva

	Sì	No	In parte
1. Si fa capire con i gesti?			
2. Possiede un linguaggio verbale comprensibile? Quale lingua?			
3. Esprime i proprio bisogni e necessità? (Fame, sete, sonno, dolore...)			
4. Comprende semplici domande dando risposte adeguate? (anche solo sì – no)			
5. Chiede e dà semplici informazioni?			
6. Comprende ed esegue semplici consegne?			

Eventuali note:

Autonomia affettivo/sociale

	Sì	No	In parte
1. Si separa serenamente dai genitori?			
2. Rimane con altre persone al di fuori dei familiari per tempi anche piuttosto lunghi?			
3. Sa stare con altri bambini?			
4. Accetta senza paura gli estranei?			
5. Sa relazionare con adulti e familiari?			
6. Sa giocare da solo?			
7. Accetta che gli si dica di no?			
8. Riesce a difendersi in caso di litigio?			
9. Controlla i propri impulsi aggressivi nei confronti di altri bambini? (Non picchia senza motivo)			
10. Controlla i propri impulsi aggressivi nei confronti dell'ambiente? (Non lancia oggetti...)			
11. Comprende la differenza tra quello che può e quello che non può fare?			
12. Rispetta semplici regole comportamentali?			

Eventuali note:

Data di compilazione Firma dei genitori