

# SCHEDA INFORMATIVA

## SCUOLA DELL'INFANZIA

Cognome/Nome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cognome/Nome della madre \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Cognome/Nome del padre \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Ci sono altre persone che vivono in famiglia: fratelli, sorelle, nonni

(scrivere accanto al nome il grado di parentela)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

### RECAPITI TELEFONICI

Persone da chiamare in caso di urgenza, nell'impossibilità di contattare i genitori.

Persona	Telefono	Persona	Telefono

## NOTIZIE UTILI SUL BAMBINO

### SFERA AFFETTIVO-RELAZIONALE

- Verbalizza i suoi bisogni/stati d'animo o usa altri mezzi di comunicazione come gesti, segnali, pianto, altro \_\_\_\_\_
- Ha particolari paure? SI / NO.  
Se SI quali \_\_\_\_\_
- Ha frequentato l'asilo nido? SI / NO. Se SI, quale e per quanto tempo:  
\_\_\_\_\_
- Con chi trascorre la maggior parte del tempo? \_\_\_\_\_
- Gioca volentieri con gli altri bambini? SI / NO. Con gli adulti? SI / NO
- Quali giochi preferisce? \_\_\_\_\_
- Usa giochi interattivi (es. play station, app su tablet, altro..) SI / NO. Se SI, quali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Guarda la televisione SI / NO. Per quanto tempo \_\_\_\_\_

### SFERA DELL'AUTONOMIA

- E' coordinato nei movimenti? SI / NO. Se NO, in quali? Perché?  
\_\_\_\_\_
- E' autonomo nell'uso dei servizi igienici SI / NO
- E' autonomo nell'alimentarsi? SI / NO

### SFERA DELLA SALUTE E DEL BENESSERE

- Ha particolari allergie/intolleranze alimentari? SI / NO. Quali?  
\_\_\_\_\_
- E' sottoposto a particolari terapie farmacologiche o mediche? SI / NO. Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ci sono altre notizie utili che dobbiamo conoscere sul vostro/a bambino/a?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GRAZIE PER LA VOSTRA PREZIOSA COLLABORAZIONE!

Messina, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_