

# SCHEDA PERSONALE

- BAMBINO/A

Nome e Cognome.....

Nat... a..... il.....

Codice Fiscale.....

Residenza.....

- MAMMA

Nome e Cognome.....

Nata a..... il.....

Codice Fiscale.....

Professione.....

Sede di lavoro.....

Recapiti telefonici.....

- PAPA'

Nome e Cognome.....

Nato a..... il.....

Codice Fiscale.....

Professione.....

Sede di lavoro.....

Recapiti telefonici.....

- ALTRI RECAPITI TELEFONICI

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

• **INFORMAZIONI SANITARIE**

Nome pediatra.....

Ha avuto malattie o infortuni significativi? .....

Se si,quali? (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE MEDICA).....

Ha riscontrato malattie virali?.....

Se si,quali? .....

Soffre di allergie o intolleranze (alimentari e non)? .....

Se si,quali? (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE MEDICA).....

Necessita di cure o accorgimenti particolari? .....

Se si,quali? (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE MEDICA).....

Note.....

• **IL SONNO**

Succhia ciuccio, dito o altro?.....

Ci sono dei segnali che fanno capire che vuole addormentarsi? .....Se si, quali? .....

In quali orari si addormenta e si sveglia?.....

Si addormenta da solo?.....

Se no, come si addormenta?.....

Dorme con la luce accesa?.....

Dorme in camera da solo? .....Se no, con chi?.....

Per addormentarsi porta con se dei giocattoli particolari? .....Se si,quali? .....

Note.....

• **LA COMUNICAZIONE**

Quale modalità di comunicazione usa prevalentemente?(parola, gesti...).....

Manifesta i suoi bisogni verbalmente?.....Se si, come? .....

Se no, come capite i suoi bisogni?.....

Gli piace ascoltare letture, favole, filastrocche? .....Se si, quali? .....

Note.....

• **L' ALIMENTAZIONE**

Cosa mangia? (latte, pappe, omogeneizzati, pastina piccola, quello che mangiano gli adulti...).....

Ci sono alimenti che non avete ancora provato a dargli? .....

Se si, quali e per quale motivo?.....

Ci sono cibi che preferisce o che rifiuta? .....

Se si, quali? .....

In quali orari mangia abitualmente? Colazione:..... Spuntino:.....

Pranzo:..... Merenda:..... Cena:..... Altro:.....

Gioca con il cibo? .....

Tenta di mangiare da solo? .....

Se si, usa le posate?.....

Ha bisogno di portare dei giocattoli a tavola? .....

Se si, quali? .....

Mangia seduto al tavolo o nel seggiolone?.....

Mangiate insieme o mangia da solo?.....

Beve da solo?.....

Beve dal biberon (con tettarella o beccuccio) o dal bicchiere?.....

Note.....

• **RAPPORTO CON IL PROPRIO CORPO**

Quale rapporto ha con il proprio corpo e come ha cura della propria persona?(si lava mani, denti, si pettina...)

Ha raggiunto autonomia nel controllo degli sfinteri (pipi e cacca )? .....

Se si, da quanto? .....

Usa il vasino o il riduttore o altro? .....

Ha problemi di stitichezza o di frequenti dissenterie?.....

Se si, come lo aiutate?.....

Note.....

• **RAPPORTI CON GLI ALTRI**

Ha dei fratelli o sorelle? .....Se si, come si chiamano e quanti anni hanno? .....

Frequenta altri bambini? .....

Se si, dove li incontra? .....

Se si, come si chiamano e quanti anni hanno? .....

Come si relaziona con essi? .....

E' abituato ad avere rapporti con adulti (a parte il nucleo familiare)? .....

Come si relaziona con gli adulti che conosce? .....

Come si comporta con gli estranei?.....

Note.....

• **IL GIOCO**

Ha degli oggetti di transizione? (giocattoli, copertine...oggetti che tiene spesso con sé).....

Se si,quali? .....

Hanno un nome particolare con cui li cerca?.....

Sceglie i giocattoli da solo?.....

Se si,quali? .....

Se no, quali gli vengono proposti? .....

Ci sono dei giochi che preferisce fare?.....

Se si,quali? .....

Con chi gioca abitualmente?.....

E' possessivo con i suoi giocattoli?.....

Come reagisce se si trova in conflitto con gli altri bambini per dei giocattoli?(morde, spinge, li lascia all'altro...).....

Note.....

• **INFORMAZIONI CARATTERIALI**

Come potreste definire vostro figlio? (curioso, turbolento, tranquillo, vivace, interessato, ansioso...)

C'è qualcosa che lo disturba o lo spaventa particolarmente? .....

Se si,cosa? .....

Se si, come lo aiutate a calmarsi?.....

Riconosce le situazioni di pericolo?.....

Fa giochi pericolosi? .....Se si,quali?.....

Ci sono degli atteggiamenti del bambino che vi preoccupano maggiormente?.....Se si,quali? .....

Fa spesso capricci? ..... Se si, per cosa? .....

Se si, come lo aiutate a calmarsi?.....

Cosa gli piace fare particolarmente?.....

Cosa non gli piace fare?.....

Quali sono i suoi atteggiamenti in ambienti nuovi?.....

Come vive i cambiamenti?.....

Note.....

**QUALI SONO LE VOSTRE ASPETTATIVE RIGUARDO L' ESPERIENZA AL NIDO?**

**QUALI SONO I VOSTRI TIMORI?**

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_