

Colloquio conoscitivo con la famiglia

Nome e cognome del/la bambino/a

Data di nascita

INFORMAZIONI GENERALI

- Chi si è preso cura del bambino/a nei primi mesi di vita?
- Con chi è stato il bambino/a fino ad ora?
 - a casa con i genitori
 - baby sitter
 - nido
 - altri
 - nonni
- E' stato ricoverato in ospedale? sì no
Se sì, per quali problemi?
- A quale età?
- Per quanto tempo?

- Malattie frequenti?
- Terapie particolari?
- Carenza della vista? sì no
- Carenza dell'udito? sì no
- Allergie?
- Note particolari

- Verso chi o cosa mostra comportamenti aggressivi?
- Verso chi o cosa mostra comportamenti affettuosi?
- A che età ha iniziato a camminare?
- Usa il ciuccio? sì no
- Se sì, quando?

- Altri oggetti a cui è legato affettivamente?
- Quando lo usa?
- Oltre alla mamma e al papà ci sono figure parentali (e non) significative per il bambino/a?

IL SONNO

- A che ora va a letto?
- Eventuali "rituali" del sonno
- Ora il bambino dorme: con i genitori con i fratelli in camera da solo
- Dorme tutta la notte nel suo lettino? sì no
- Ha problemi durante la notte?
- Se sì, di che tipo?
- E' abituato a dormire nel pomeriggio? sì no
- Bagna il letto al pomeriggio? spesso a volte mai
- Bagna il letto la notte? spesso a volte mai

TV, TABLET E CELLULARE

- Il suo bambino/a guarda la TV? sì no
- Per quanto tempo?
- In quali momenti della giornata?
- Guarda la televisione? da solo con un adulto vicino con fratelli, amici
- Quali sono i suoi programmi preferiti?
- Il suo bambino utilizza tablet o cellulare? sì no
- Per far cosa? guardare video ascoltare musica giocare con videogiochi?
- Per quanto tempo?
- In quali momenti della giornata?
- Li utilizza: da solo con un adulto vicino con fratelli, amici

IL GIOCO

- Quali giochi preferisce?.....
- Gli/le piace andare al parco giochi? sì no
- Utilizza biciclette/tricicli/monopattini? sì no
- Preferisce giocare con padre madre
 fratelli/sorelle coetanei
 bambini più piccoli bambini più grandi
 da solo indifferente
- Ha la possibilità di giocare con altri bambini? sì no
- Fa amicizie facilmente?.....

IL CIBO

- In questo momento il suo bambino/a mangia: poco regolarmente molto
- Durante i pasti:
Resta al tavolo con voi e mangia "tranquillo" sì no
Chiede di "distrarsi" con la TV, cellulari o altro? sì no
Mangia da solo o aiutato?.....
- Usa le posate? sì no
- Usa il bicchiere? sì no
- Usa il biberon? sì no
- Rifiuta qualche cibo?.....
- Intolleranze alimentari?
- Allergie?.....

AUTONOMIA PERSONALE

- Si veste e si sveste autonomamente? sì no
- Si mette e toglie le scarpe da solo? sì no
- Va da solo in bagno? sì no
- Ha il pannolino? sì no
- Da che età l'ha tolto?
- Tiene in ordine i suoi giochi? sì no
- Rispetta le "regole" della famiglia (orari, riordino, piccoli incarichi, collaborazione...)?
Se sì, quali?
- Manifesta un bisogno costante dell'adulto? sì no
- Fate delle passeggiate/camminate con lui/lei? sì no
- Ama camminare? sì no
- Usa il passeggino? sì no

IL LINGUAGGIO

- A che età ha iniziato a parlare?
- Comunica di più con i gesti o con le parole?
- Parla spesso?
- Sa esprimere i propri bisogni?
- Riesce sempre a farsi capire?
- Gli piace ascoltare fiabe o racconti?
- Nella sua giornata ci sono momenti dedicati alla lettura?

Genitore/i presente/i.....

Firma/e.....

Firma insegnante

Luogo, data.....