**I genitori degli alunni che frequenteranno il primo anno della scuola dell’infanzia sono invitati presso i rispettivi plessi il giorno 12 settembre alle ore 11,30 per un incontro preliminare con le docenti.**

**Si invitano i sigg. genitori a stampare il sottoindicato questionario ed a consegnarlo debitamente compilato alle docenti nel corso dell’incontro predetto .**

**QUESTIONARIO CONOSCITIVO**

SCUOLA DELL’INFANZIA…………………………………………………………………………SEZ………………

ANNO SCOLASTICO………………………………..

COGNOME E NOME DEL BAMBINO………………………………………………………………………….......................................

INDIRIZZO……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

RECAPITI TELEFONICI: MAMMA………………………………………………………………………PAPA’……………………………

CASA………………………………………………………NONNA…………………………………………………………………………………………..Altri……………………………………………………………………….

IL BAMBINO HA FREQUENTATO L’ASILO NIDO SI NO

SE SI, COME HA VISSUTO L’ESPERIENZA?............................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

AUTONOMIA PERSONALE: HA RAGGIUNTO IL CONTROLLO SFINTERICO DIURNO E NOTTURNO? SI NO

VA IN BAGNO DA SOLO? SI NO

RICHIEDE PARTICOLARI ATTENZIONI DA PARTE DELL’ADULTO PER I PROPRI BISOGNI? SI NO

QUALI?...............................................................................................................................................................................................................................................................................

N.B. SI EVIDENZIA CHE PER I BAMBINI CHE ANCORA UTILIZZANO IL PANNOLINO, I GENITORI POSSONO ACCEDERE A SCUOLA PER IL CAMBIO.

ALIMENTAZIONE

E’ AUTONOMO? SI NO.

 DEVE ESSERE IMBOCCATO? SI NO.

COME E’ IL SUO RAPPORTO CON IL CIBO?....................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………….

PRESENTA SPECIFICHE ALLERGIE ALIMENTARI? SI NO.

QUALI?...............................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………….

VI SONO ASPETTI RIGUARDANTI L’ALIMENTAZIONE O LA SALUTE DEL BAMBINO DEI QUALI RITENETE OPPORTUNO INFORMARE LE INSEGNANTI?....................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………

RIPOSO

E’ABITUATO A DORMIRE NEL POMERIGGIO? SI NO

ALTRE INFORMAZIONI CHE RITIENE OPPORTUNO COMUNICARE ALLE INSEGNANTI………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Apice, LI……………………………………

 FIRMA………………………..........................

 FIRMA……………………………………………..

N.B. le suddette informazioni saranno utilizzate nei limiti imposti dalla normativa sulla privacy