



NEST ZEROSEI

con Ben's Approach

**CENTRO INTEGRATO ZEROSEI
SCHEDA DI INGRESSO**



ALUNNO/A _____

A.S. _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N _____

PROV. _____ CAP _____

TEL (casa) _____

TEL (cell madre) _____

TEL (cell padre) _____

EMAIL (madre) _____

EMAIL (padre) _____

GENITORI NOME/COGNOME :

COMPONENTI DELLA FAMIGLIA:

HA FREQUENTATO ALTRI NIDI/SCUOLE INFANZIA ___ SE SÌ, QUALI

SALUTE DEL BAMBINO

ANDAMENTO CRESCITA FISICA

MALATTIE, ALLERGIE, INTOLLERANZE, EVENTUALI INTERVENTI SUBITI (A
QUALE ETÀ)

COME VENGONO VISSUTE LE MALATTIE DAI GENITORI/DALLA FAMIGLIA?

NOTE

ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO

È ANCORA ALLATTATO

HA INIZIATO LO SVEZZAMENTO:

TRADIZIONALE AUTOSVEZZAMENTO

HA INTRODOTTO I SEGUENTI CIBI

HA ALLERGIE O INTOLLERANZE VERSO ALCUNI CIBI? QUALI?

HA ABITUDINI O PREFERENZE DI CARATTERE ALIMENTARE?

MANGIA IN MODO AUTONOMO?

SI

NO

Note:

CON COSA FA COLAZIONE LA MATTINA E MERENDA AL POMERIGGIO?

SONNO

DORME NELLA SUA CAMERA?

SI

NO

Note:

DORME NEL SUO LETTO/CULLA?

SI

NO

Note:

ORARI E RITUALI DEL SONNO

POSIZIONE PREFERITA PER IL SONNO

PATTERN DEL SUO SONNO

HA PAURE PARTICOLARI O SOFFRE DI SONNANBULISMO?

SI

NO

Note:

NOTE

GIOCO

DOVE GIOCA ABITUALMENTE?

CON CHI GIOCA ABITUALMENTE?

IN CASA HA UN SUO SPAZIO DOVE GIOCARE?

SI

NO

Note:

PREFERISCE GIOCARE DA SOLO O CON ALTRI BAMBINI?

CHE RUOLO ASSUME DURANTE IL GIOCO (LEADER-GREGARIO)?

DURANTE IL GIOCO CON GLI ALTRI BAMBINI È AGGRESSIVO, TIMIDO,
PIANGE, LITIGA?

I SUOI GIOCATTOLI PREFERITI

MANIFESTA INTERESSE DURANTE LA LETTURA DI UNA STORIA?

SI

NO

Note:

I SUOI INTERESSI

È INTERESSATO/GUARDA LA TELEVISIONE?

SI

NO

Note:

NOTE

AUTONOMIA

ROUTINES DEL PASTO (È AUTONOMO DURANTE IL SUO PASTO, STA SEDUTO, MANGIA CON GLI ALTRI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA ETC.)?

USA IL CIUCCIO?

SI

NO

Note:

RICHIEDE AIUTO OPPURE È AUTONOMO NEL VESTIRSI/SVESTIRSI?

SI

NO

Note:

RICHIEDE AIUTO OPPURE È AUTONOMO NEI BISOGNI FISIOLGICI?

SI

NO

Note:

SI FA CAMBIARE VOLENTIERI PANNO/INDUMENTI?

SI

NO

Note:

CHIEDE DI ANDARE/VA IN BAGNO DA SOLO?

SI

NO

Note:

COME GESTISCE I SUOI SPAZI

COME GESTISCE LE SUE COSE (OGGETTI, GIOCHI, LIBRI, MATERIALI)

HA UN OGGETTO DI TRANSIZIONE

SI

NO

SI RENDE AUTONOMO DAI GENITORI/ADULTI DI RIFERIMENTO?

SI

NO

Note:

LINGUAGGIO

COME COMUNICA?

LA COMUNICAZIONE È CHIARA E COMPLETA?

SI

NO

Note:

UTILIZZA IL CORPO PER CHIARIRE E COMPLETARE IL MESSAGGIO/I DA COMUNICARE?

SI

NO

Note:

È PRESENTE LA FRASE MINIMA?

SI

NO

CAPITA CHE IN CASA GLI ADULTI COMPLETINO LA FRASE?

SI

NO

Note:

UTILIZZA MOLTE PAROLE E CHIAMA LE COSE CON IL LORO NOME?

SI

NO

Note:

QUALE/I LINGUA/E VIENE/VENGONO PARLATA/E IN FAMIGLIA?

RICHIEDE LA SPIEGAZIONE DI CIO' CHE VIENE
DETTO/LETTO/RACCONTATO?

SI

NO

Note:

ESPERIENZE AFFETTIVE E DI RELAZIONE

ESPRIME LE SUE SENSAZIONI/EMOZIONI?

SI

NO

Note:

COME REAGISCE DIFRONTE A SITUAZIONI NUOVE?

COME SI COMPORTA CON GLI ESTRANEI?

COME AVVIENE IL DISTACCO DALLE FIGURE AFFETTIVE E DI
RIFERIMENTO?

HA PAURE PARTICOLARI?

È LEGATO/A AD UN AFFETTO/AMICIZIA PARTICOLARE?

MOSTRA DISPONIBILITA' VERSO LA CONDIVISIONE?

INFORMAZIONI GENERALI SULLA VITA QUOTIDIANA DEL BAMBINO/A

CON CHI TRASCORRE IL TEMPO QUANDO NON CI SONO I GENITORI?

QUALI ATTIVITA' VENGONO CONDIVISE DAI GENITORI CON I BAMBINO/A?
