

Nucleo familiare

Nome e cognome bambino/a

Nato/a il a

Residente a

Ha frequentato il nido. Sì No

Composizione del nucleo familiare

.....

.....

.....

Numeri telefonici utili

Nome cell.

Nome cell.

Nome cell.

Nome cell.

Autonomia

Ha il controllo sfinterico. Sì No Si veste da solo/a. Sì No

È autonomo/a nell'igiene. Sì No Riordina i giochi se richiesto. Sì No

Mangia da solo/a. Sì No Si addormenta da solo/a. Sì No

Linguaggio

Comprende la lingua italiana. Sì No Utilizza frasi complete. Sì No

Sa esprimere i propri bisogni. Sì No Comprende una semplice storia. Sì No

Da compilare in caso di difficoltà linguistiche

Presenta delle difficoltà nella pronuncia di

È seguito/a dal logopedista. Sì No

Note

.....

.....

A casa

Giochi preferiti

Attività preferite

Attenzione a...

Allergie alimentari o da contatto

Eventuali problemi di salute da evidenziare

Eventuali difficoltà da evidenziare

Aspettative della famiglia nei confronti della scuola dell'infanzia