



INSERIMENTO COLLOQUIO INFORMATIVO CON LA FAMIGLIA

Vi chiediamo di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ai bisogni del vostro bambino: queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento e per ottimizzare l'utilizzo di spazi e tempi. La compilazione di ogni singola voce è relativa alla fascia di età di appartenenza del bambino.

Data del colloquio

Educatrice

DATI DEL BAMBINO/A

Nome e cognome

Data e luogo di nascita

Età al momento del colloquio:

Data inizio frequenza:

INFORMAZIONI GENERALI

Quale orario pensate di scegliere?

• Fascia educativa Spigolotondo – 17:30	8:30	..
• Prescuola 8:30	7:30 –	..
• Doposcuola 18:30	17:30 –	..



Il/la bambino/a ha già frequentato altri servizi per la prima infanzia o similari?

SI

NO

Se "SI", quali

Il/la bambino/a frequenta altri coetanei?

SI

NO

Gli piace stare con altre persone?

SI

NO

Come viene organizzata di solito la giornata del/lla bambino/a?

Ora del risveglio, Attività, Uscite, Riposini

ALIMENTAZIONE

È stato/a allattato/a al seno?

SI

NO

Usa il biberon, il bicchiere, le posate?

SI

NO

Quali cibi sono stati introdotti finora?

Che tipo di alimentazione segue?



Quanto mangia e quando?

Come è il suo rapporto con il cibo?

Ci sono cibi che vengono rifiutati?

SI

NO

Se **SI**, quali?

Presenta specifiche allergie alimentari?

SI

NO

Se **SI**, quali? (lista alimenti)

Vi sono aspetti riguardanti l'alimentazione o la salute del/lla bambino/a dei quali ritiene opportuno informare le educatrici?

SI

NO

Se **SI**, quali?

IL SONNO

Quando dorme?



Dove dorme? Ha una cameretta sua? Dorme nel suo lettino?

Come viene preparato/a al sonno (lettura di una storia, allattamento, biberon, utilizza il ciuccio)? Con chi si addormenta?

Preferenze particolari? Utilizza il ciuccio o altri oggetti particolari (es.: doudou)?

Ritmo del sonno:

“ regolare _____

“ non regolare _____

LE RELAZIONI

Ci sono persone significative?

Come si relaziona con le persone conosciute? Con gli adulti? Con gli estranei?



Conosce altri bambini/e? Come si relaziona?

Relazioni familiari

Tempo dedicato ai giochi con il bambino

Rimane spesso con i nonni, la baby-sitter o altre persone?

SI

NO

I GIOCHI

Qual i giochi predilige? Gioca da solo/a in casa?

Frequenta il parco o altri luoghi di gioco collettivo?

Gioca con i coetanei? Come si relaziona?



Preferisce giochi sedentari o di movimento?

Se **SI**, quali?

Affronta giochi o movimenti rischiosi?	SI	NO
Gli piace giocare con gli altri bambini?	SI	NO
Preferisce giocare con gli adulti?	SI	NO

IL CAMBIO E L'AUTONOMIA PERSONALE

Quali attività svolge da solo/a?

Quali autonomie ha acquisito?

Usa il pannolino? Chi lo/la cambia di solito?

Ha il controllo degli sfinteri?



Usa il ciuccio? Quando?

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

Come si esprime il bambino/a?

Comunica più a parole o a gesti?

Sa esprimere bisogni e desideri?

Riesce sempre a farsi capire?

In famiglia vengono parlate altre lingue oltre all'italiano?

Se **SI**, quali?



AIUTATECI ANCORA

Indicate ciò che ritenete opportuno rispetto ai seguenti punti:
Note su eventuali esigenze particolari

Note su eventuali problemi sanitari

Altre notizie utili per gli educatori

ALTRE INFORMAZIONI

Ha delle paure? Quali?

Come viene consolato/a quando piange?

Quali malattia ha avuto?



Gruppo sanguigno

A+ (A Rh D positivo)	..
A- (A Rh D negativo)	..
B+ (B Rh D positivo)	..
B- (B Rh D negativo)	..
O+ (O Rh D positivo)	..
O- (O Rh D negativo)	..
AB+ (AB Rh D positivo)	..
AB- (AB Rh D negativo)	..