

## Scheda informativa minore

Vi chiediamo di rispondere in modo semplice ad alcune domande relative ad abitudini e bisogni del vostro/a bambino/a: queste informazioni ci possono essere utili per favorire l'inserimento al Nido. Grazie.

### NOTIZIE GENERICHE

1) A casa chi si occupa del bambino/a per la maggior parte del tempo, e chi si è occupato di lui/lei prima che venisse al nido?

---

---

---

2) Dove trascorre la maggior parte del tempo durante le ore di veglia?

---

---

---

3) Con chi gioca? Vuole la presenza di un adulto che giochi con lui/lei o gli/le basta vedere qualcuno nelle vicinanze?

---

---

---

4) Ha giochi preferiti? Indicare quali

---

---

---

---

5) Ha la possibilità di esplorare la casa muovendosi da solo/a?

---



---



---

6) E' abituato a giocare all'esterno? Dove?

---



---



---

7) Il bambino ha già frequentato un asilo nido?

SI

NO

Se si, come ha vissuto l'esperienza?

---



---



---

### **AUTONOMIA PERSONALE**

Ha già cominciato a camminare?

SI

NO

Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno e diurno?

SI

NO

Se no, come viene cambiato/a?

---



---



---

Eventuali note (segnalare problemi particolari)

---

---

---

**RIPOSO**

E' abituato a dormire durante il giorno?

SI

NO

Quando?

---

---

---

Utilizza il ciuccio o altri oggetti particolari?

SI

NO

Quali?

---

---

---

Si addormenta da solo? (se no come e con chi)

SI

NO

---

---

---

---

Orari abituali del sonno

---

---

---

## VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE

Quali giochi predilige?

---

---

---

Preferisce giocare da solo?

SI

NO

Se No con chi preferisce giocare?

---

---

---

Preferisce giochi sedentari o di movimento? Quali?

---

---

---

Quale comportamento dell'adulto risponde meglio ai bisogni affettivi del vostro bambino? (Ad esempio: ascolto, contatto fisico, fermezza, abbondanza di spiegazione, ecc...)

---

---

---

Ha delle paure?

SI

NO

Quali?

---

---

---

Com'è il suo linguaggio? (sa comunicare verbalmente facendosi capire da chi lo ascolta; utilizza altre modalità quali il pianto, la mimica, la gestualità)

---

---

---

---

### **ALIMENTAZIONE E SALUTE**

Il bambina/a è svezzato/a?

SI

NO

A che età ha cominciato lo svezzamento?

---

---

Consistenza del cibo che è abituato/a a mangiare (frullato, tritato, a pezzetti)

---

---

---

Dove sta seduto/a mentre mangia? (seggiolone, in braccio, altro..)

---

---

---

Com'è il suo rapporto col cibo?

---

---

---

E' in grado di usare il cucchiaino o altre posate?

---



---

Ci sono cibi che non gradisce?

SI

NO

Quali

---



---



---

Presenta specifiche allergie?

SI

NO

Quali?

---



---



---

Presenta intolleranze alimentari?

SI

NO

Quali?

---



---



---

Indicare se il bambino/a mangia abitualmente e ha già inserito i seguenti alimenti o se ancora non sono stati inseriti nella dieta o se sono stati temporaneamente sospesi:

Latte/latticini/derivati

SI

NO

Omogeneizzati e liofilizzati

SI

NO

Farina di riso, cereali, farina latte, semolini

SI

NO

Glutine

SI

NO

Pasta (indicare il formato) .....

.....

Riso		SI		NO
Legumi	(quali ha già inserito e quali non ha MAI mangiato)			

---



---



---

Verdure (quali ha già inserito e quali non ha MAI mangiato)

---



---



---

Pesce (quali ha già inserito e quali non ha MAI mangiato)

---



---



---

Carne (quali ha già inserito e quali non ha MAI mangiato)

---



---



---

Prosciutto		SI		NO
------------	--	----	--	----

Uova  
come? \_\_\_\_\_

---



---

Frutta (quali ha già inserito e quali non ha MAI mangiato)

---

---

---

Vi sono aspetti riguardanti la salute o alimentazione del bambino dei quali ritenete opportuno informarci

---

---

---

Soffre di allergie o intolleranze a medicinali o farmaci?                      SI                      NO

Quali?

---

---

Soffre di allergie o intolleranze a prodotti per il bagno e la cura igienica (saponi, shampoo, creme, talco, ecc... )?

---

---

---

Altre informazioni da Voi ritenute utili

---

---

---

Data

Firma

---

---