



## QUESTIONARIO CONOSCITIVO NIDO "GLI SCRICCIOLI"

Vi chiediamo di rispondere ad alcune domande relative alle abitudini e ai bisogni del vostro bambino.

Queste informazioni ci saranno utili per favorire il suo benessere al micronido.

### AUTONOMIA PERSONALE

Ha già cominciato a camminare?

Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno e diurno?

Se no, come viene cambiato/a?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali note (segnalare problemi particolari)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RIPOSO

E' abituato a dormire durante il giorno?

Quando?.

Utilizza il ciuccio o altri oggetti particolari?

Quali?

Dove dorme il/la bambino/a? Ha una stanza tutta

sua? \_\_\_\_\_

Si addormenta da solo? (se no come e con

chi) \_\_\_\_\_

Orari abituali del sonno \_\_\_\_\_

### VITA AFFETTIVA E RELAZIONALE

Quali giochi

predilige? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preferisce giocare da solo?

Se No con chi preferisce giocare?

Preferisce giochi sedentari o di movimento?

Quali? \_\_\_\_\_ Affronta giochi o movimenti

rischiosi?

Se si

quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Come usa i propri giocattoli? (li cura, li conserva, li mette in comune con gli altri, ecc.) \_\_\_\_\_

---

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

---

### **ALIMENTAZIONE E SALUTE**

Il bambino/a è svezzato/a?

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?

Ha la possibilità di manipolare il cibo mentre mangia?

Ci sono cibi che non gradisce?

Quali?

Presenta specifiche allergie?

Quali?

Presenta intolleranze alimentari?

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

Omogeneizzati e liofilizzati

Farina di riso, cereali, farina latte, semolini

Glutine

Pasta (indicare il formato)

Riso

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

Uova come?

Frutta (quali ha già inserito e quali non ha MA 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?

Quali?

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

**AIUTATECI ANCORA**

Indicate ciò che ritenete opportuno rispetto ai seguenti punti:

Com'è la salute del vostro bambino/a?

Ha delle paure?

Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E' autonomo?

Cosa sa fare?

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

Come vi aspettate che affronterà l'inserimento ai Nido?

Altre informazioni da Voi ritenute

utili: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_