QUESTIONARIO DI RACCOLTA INFORMAZIONI

PRIMO COLLOQUIO SCUOLA-FAMIGLIA

Il presente questionario-intervista è finalizzato alla raccolta di informazioni utili al fine di predisporre una migliore accoglienza di ogni bambino/a nella scuola dell’Infanzia. Il questionario è composto da due sezioni: una focalizzata sul bambino/a e la sua famiglia e una focalizzata sulla relazione scuola-famiglia. Nella prima parte vi chiediamo di mettere in luce alcuni aspetti che riguardano vostro/a figlio/a in modo da darne una descrizione, inevitabilmente soggettiva, ma anche preziosa e appassionata come solo i genitori possono dare. Nella seconda parte ci piacerebbe, a partire dalla compilazione del questionario e dal successivo colloquio conoscitivo con Voi, iniziare ad avviare quell’indispensabile alleanza educativa tra scuola e famiglia, a partire dai vostri significati e dalle vostre aspettative.

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

LUOGO E DATA DI NASCITA DEL BAMBINO/A

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NOTIZIE RELATIVE ALLA FAMIGLIA

MADRE: cognome e nome……………………………………………………………………………………………………………………………..

Luogo e data di nascita…………………………………………………………………………………………………………………….

PADRE: cognome e nome……………………………………………………………………………………………………………………………..

Luogo e data di nascita…………………………………………………………………………………………………………………….

FRATELLI/SORELLE: nome………………………………………………………………….. età……………………………………………….

nome………………………………………………………………….. età……………………………………………….

nome………………………………………………………………….. età………………………………………………

ESTENSIONE DEL CONTESTO FAMILIARE

Parenti conviventi……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Relazioni abituali…………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DESCRIZIONE DA PARTE DEI GENITORI DEL PROPRIO/A BAMBINO/A

QUALI SONO GLI INTERESSI DI VOSTRO FIGLIO/A?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NEL GIOCO PREDILIGE

-GIOCARE DA SOLO/A

-GIOCARE CON LA PRESENZA DI UN ADULTO DELLA FAMIGLIA

-GIOCARE CON ALTRI BAMBINI/E

NEL GIOCO, DI FRONTE ALL’INSUCCESSO O AD UNA FRUSTRAZIONE, VOSTRO/A FIGLIO/A COSA FA?

-CONTINUA CON OSTINAZIONE

-ABBANDONA

-CHIEDE AIUTO

-TENTA SOLUZIONI DIVERSE

-ACCETTA SUGGERIMENTI

-REAGISCE VERSO GLI OGGETTI

-REAGISCE VERSO LE PERSONE

NEL GIOCO VOSTRO/A FIGLIO/A TENDE A

-SCAMBIARE I GIOCHI CON GLI ALTRI BAMBINI

-CONDIVIDERE I GIOCHI CON GLI ALTRI BAMBINI

-OFFRIRE AIUTO AGLI ALTRI

-CERCARE AIUTO

-REAGIRE AGGRESSIVAMENTE SE IL GIOCO NON VA COME SI ASPETTA

CHI SI E’ PRESO CURA DEL BAMBINO/A NEI PRIMI ANNI DI VITA?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

HA FREQUENTATO IL NIDO?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CON QUALI ADULTI HA CREATO RELAZIONI FIN’ORA E COME SI RELAZIONA?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

HA SOFFERTO DI MALATTIE PARTICOLARI E/O OSPEDALIZZAZIONI?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ASSUME FARMACI SALVAVITA?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CI SONO EVENTUALI COMPORTAMENTI O ASPETTI A CUI FARE ATTENZIONE, CHE RITENETE UTILI SEGNALARCI (PER ESEMPIO: AUTONOMIA NELL’USO DEI SERVIZI IGIENICI, ABITUDINI PARTICOLARI, ACCETTAZIONE/ RIFIUTO DEL CIBO O DI ALCUNI ALIMENTI, USO DELLE POSATE, ALLERGIE, INTOLLERANZE)?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

IN RIFERIMENTO AD EVENTUALI ANSIE O MODALITA’ E REAZIONI CHE ATTUA DI CONSUETUDINE, CI SONO STRATEGIE PREVENTIVE O DI INTERVENTO CHE RITENETE UTILI SEGNALARCI? (A TITOLO ESEMPLIFICATIVO: MODALITA’ DI DISTACCO DAL GENITORE, MODALITA’ DI GESTIONE DELLA FRUSTRAZIONE E DEL DISAGIO, PIANTO, AGGRESSIVITA’, CHIUSURA, RICERCA DI CONTATTO)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

VI SONO RITUALITA’ CHE A CASA ADOTTATE RISPETTO AL SONNO, ALL’USO DEI SERVIZI IGIENICI, AI MOMENTI DI CURA, AL PRANZO?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

COME GESTITE LA QUOTIDIANITA’ DEL VOSTRO/A BAMBINO/A? QUALI FATICHE AFFRONTATE IN FAMIGLIA E QUALI CONQUISTE AVETE CONSOLIDATO?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PROVATE A DESCRIVERE IL VOSTRO/A BAMBINO/A ELENCANDO QUELLE CHE RITENETE ESSERE LE SUE CAPACITA’(LI CHIAMEREMO PUNTI DI FORZA): COSA HA IMPARATO A FARE ( IN COSA E’ AUTONOMO/A, SVILUPPO DEL LINGUAGGIO…) ; ACCANTO CERCATE DI IDENTIFICARE LE SUE DEBOLEZZE, LE SUE INEVITABILI VULNERABILITÀ, CIO’ CHE RICONOSCETE NON HA ANCORA IMPARATO A FARE O AD ESSERE (LI CHIAMEREMO PUNTI DI DEBOLEZZA).

TENETE PRESENTI I DIVERSI LIVELLI: AUTONOMIA, EMOTIVITA’, SOCIALITA’, ASPETTI COGNITIVI.

PUNTI DI FORZA…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PUNTI DI DEBOLEZZA…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

RELAZIONE SCUOLA -FAMIGLIA…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DESCRIVETE COSA VI ASPETTATE IN SEGUITO ALL’INSERIMENTO ALLA SCUOLA DELL’INFANZIA

DAL VOSTRO/A BAMBINO/A

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DALLA SCUOLA DELL’INFANZIA

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DALLE INSEGNANTI

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DALL’INCONTRO CON GLI ALTRI GENITORI

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CI SONO DELLE PREOCCUPAZIONI PER QUESTA NUOVA ESPERIENZA CHE STATE PER INTRAPRENDERE?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

COSA PENSATE CAMBIERA’ PER VOI DAL MOMENTO IN CUI IL VOSTRO/A BAMBINO/A INIZIERA’ LA SCUOLA DELL’INFANZIA?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CHE SIGNIFICATO ATTRIBUITE ALL’ALLEANZA SCUOLA-FAMIGLIA? COME SI TRADUCE CONCRETAMENTE PER VOI?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a presa visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente intervista esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

Firma dei genitori

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N.B: i dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679

EVENTUALI ANNOTAZIONI DELLE INSEGNANTI DURANTE IL COLLOQUIO

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

data

………………………………………

Firma dei genitori Firma dell’insegnante

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

MAIL: