



Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Statale
Via Europa n. 2 - 20881 Bernareggio (MB)
tel. 039/9452160 - fax 039/6901597
www.icbernareggio.it
P.E.C.: mbic8b1009@pec.istruzione.it -
dirigente@icbernareggio.it
MBIC8B1009 - C.F.: 94030900156



1. DATI ANAGRAFICI

- Cognome e nome del bambino/a: _____
- Genere: Femmina Maschio
- Data e luogo di nascita: _____
- Residenza (luogo e via): _____

2. CONTATTI FAMILIARI

- Recapiti telefonici:
 - Padre: _____
 - Madre: _____

Dati dei genitori:

- PADRE: Nome, Cognome, Data e luogo di nascita, Residenza

- MADRE: Nome, Cognome, Data e luogo di nascita, Residenza

3. NUCLEO FAMILIARE E SOCIALITÀ

Fratelli/Sorelle (nome, età, scuola): _____

Altri componenti conviventi (es. nonni): _____

Altre persone che si occupano del bambino/a: _____

Ha frequentato asilo nido/sezione primavera? Sì No Saltuariamente

Nome della struttura: _____

Nome del pediatra: _____

4. ESPERIENZE DI VITA

Ha vissuto sempre in Italia? Sì No (specificare luogo: _____)

È stato lontano da casa? Sì (Con chi? _____)

No

Si distacca facilmente dalle figure parentali? Sì No Non sempre

Reazione ai cambiamenti di routine:

Accetta serenamente

Mostra fatica

Non accetta

5. AUTONOMIA PERSONALE

Si veste da solo? Sì No Ci prova

Mette/toglie le scarpe da solo? Sì No Ci prova

Controllo sfinterico? Sì No

Indossa il pannolino? Sì No Solo di notte

Va in bagno da solo? Sì No Ci prova

Si lava le mani? Sì No Ci prova

Ha fastidio/sporco? Sì No

6. SONNO E OGGETTI TRANSIZIONALI

Ora abituale di addormentamento: _____

Si sveglia alle: _____

Dorme al pomeriggio? Sì No A volte

Si addormenta facilmente? Sì serenamente Fa fatica Non vuole

Usa oggetti transizionali? (quali?) _____

7. MOTRICITÀ E CURA DI SÉ

Si muove con sicurezza? Sì No

Età inizio deambulazione: _____

Riconosce le sue cose? Sì No A volte

Mangia da solo? Sì No Ci prova Deve essere imboccato

Usa le posate? Sì No Ci prova

Usa per bere: Biberon Bicchiere Altro _____

Dove mangia? Tavolo adulti Tavolino Sul divano Altro

Con chi mangia? Famiglia Mamma Papà Da solo/a

Sedia usata: Sedia Seggiolone Altro

Cibi preferiti: _____

Cibi rifiutati: _____

8. GIOCO E RELAZIONI

Sceglie un gioco da solo? Sì No

Cerca attenzione dell'adulto? Sempre Al bisogno Mai

Nei conflitti: Piange Cerca adulto Esprime ragioni Subisce

Concentrazione: Poco Lungo tempo Cambia spesso

Preferisce luoghi di gioco: All'aperto Al chiuso Entrambi

Tipo di gioco preferito: _____

Rispetta le regole? Sì No Con fatica

Reazione alle frustrazioni: Accetta Contesta Piange Altro

Quando piange: Vuole coccole Sta solo Altro

9. COMPORTAMENTI E COMUNICAZIONE

Ansie/paure: Sì (specificare) _____ No

Usa dispositivi (TV, tablet...)? Sì No – Quanto tempo? _____

Li usa in autonomia? Sì No

Riconosce pericoli? Sì No – Esempio: _____

Comunica verbalmente? Sì No

Lingua usata: _____

Lingua parlata in casa: _____

Età inizio linguaggio: _____

Si esprime chiaramente? Sì No

Altri mezzi (gesti, suoni...): Sì No – Quali: _____

Difetti di pronuncia? Sì (quali?) _____ No

Ascolta quando l'adulto parla? Sì No Non sempre

Ascolta racconti brevi? Sì No

Comprende le richieste? Sì No A volte

10. OSSERVAZIONI FINALI

Il bambino necessita di farmaci salvavita? Sì No
(Se sì, rivolgersi alla Segreteria per la modulistica)

Note aggiuntive dei genitori:
