

SCHEDA CONOSCITIVA DELLA FAMIGLIA DEL BAMBINO

NOME _____ COGNOME _____

MADRE	PADRE
Nome:	Nome:
Cognome:	Cognome:
CF:	CF:
indirizzo completo:	indirizzo completo:
tel di casa:	tel di casa:
tel lavoro:	tel lavoro:
cellulare:	cellulare:
e-mail:	e-mail:
impiego:	impiego:
orari di lavoro:	orari di lavoro:
sede di lavoro:	sede di lavoro:

Se i genitori sono separati o non conviventi, chi ha l'affido del bambino? _____

note (di affido): _____

MOTIVAZIONI:

Perché siete interessati a partecipare al progetto Scuola dell'Infanzia Angelo Custode?

MADRE:

PADRE:

VOSTRO FIGLIA/O:

Cortesemente, cercate di descrivere le caratteristiche/abilità/competenze che riconoscete in vostro figlio/in vostra figlia in relazione ai seguenti aspetti:

fisico/manuale/ motorio	
Emotivo / relazionale	
Intellettivo / intuitivo	
Forza di volontà	

Cortesemente, cercate di descrivere i punti di forza di vostro figlio/di vostra figlia:

Ci sono state, nel passato o recentemente, delle esperienze importanti a scuola o in famiglia (decessi, separazione, seconde nozze, trasferimenti, amici che si trasferiscono) di cui vorreste metterci a conoscenza? (risposta facoltativa)

Che tipo di parto hanno vissuto mamma e bambino/a? (es. fisiologico, cesareo, con problematiche o naturale)

Quali scuole/asili ha frequentato vostro figlio/vostra figlia finora?

Cortesemente, indicate eventuali problemi di salute e/o specifiche difficoltà psico-fisiche che dovremmo conoscere per poter sostenere meglio vostro figlio/vostra figlia:

Cortesemente, indicate eventuali allergie/intolleranze di vostro figlio/vostra figlia:

Vi ricordiamo che, come da regolamento, è necessario consegnare in segreteria copia del certificato medico attestante l'allergia o l'intolleranza del bambino.

Ci sono dei farmaci che il bambino/a deve assumere quotidianamente, quindi anche durante le attività in Associazione previ accordi?

Vi ricordiamo che, come da regolamento, è necessario consegnare in segreteria copia del certificato medico attestante la necessità da parte del bambino di assunzione del farmaco, con i tempi e la posologia di somministrazione e le modalità di conservazione dello stesso.

Ci sono delle condizioni particolari di salute che possono limitare l'esercizio fisico, lo stare all'aria aperta, ecc. di vostro figlio/vostra figlia?

RACCONTATECI:

Cortesemente, indicate le abitudini seguite in famiglia nei seguenti campi (laddove è possibile, indicare il numero di ore per settimana):

- Tempo trascorso all'aperto, nella natura, in passeggiate, ecc.:

- Sport praticato in passato:

attualmente: _____

- Tempo trascorso con video-giochi / internet:



- Tempo dedicato a guardare la televisione (film, cartoni)

- Scelte alimentari:

- Musica:

- Vostro figlio/vostra figlia passa dei periodi lontano dai suoi genitori?

- Altro:

- Avete voi, genitori, qualche talento, qualche interesse/esperienza/competenza che vorreste mettere a disposizione dell'Associazione? (Siate creativi!)

IN CONFIDENZA:

Vi sentite di condividere una valutazione franca di vostro/a figlio/a?

- * nelle relazioni sociali:



* nella sensibilità emotiva:

* nella sensibilità spirituale:

Libero spazio alle vostre considerazioni e domande:

Luogo _____

Data _____

(Firma della MADRE leggibile)

(Firma del PADRE leggibile)