

	<p align="center">Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca Istituzione scolastica ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO <i>"Eduardo De Filippo"</i> COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428 VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)TEL. 0815152203 – FAX 081915064 email: saic8ba00c@istruzione.it; saic8ba00c@pec.istruzione.it; sito web: www.icedefilippo.edu.it</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Anno Scolastico

.....

Indagine di prima Conoscenza/Ingresso Scuola dell'Infanzia

Alunno/a.....

nato/a.....il.....

residente a..... via,.....

Frequenza ASILO NIDO Comunale Privato

ANNI FREQUENZA.....

Disabilità (vedi certificazione)

Composizione nucleo familiare		
Cognome e Nome	parentela	età

ALIMENTAZIONE			
	SI	IN PARTE	NO
Mangia da Solo/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sporca quando Mangia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa le posate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa il tovagliolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangia a Tavola con i Genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangia in Orari Diversi Dalla Famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gioca con il Cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porta Giocattoli a Tavola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guarda Tv, Tablet o Cell. mentre Mangia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cibi Preferiti:			
Cibi Rifiutati:			
Intolleranze Alimentari Quali:			

AUTONOMIA			
	SI	IN PARTE	NO
Si Lava Volentieri da Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Veste/Sveste da Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sceglie i Vestiti da Mettersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va In Bagno da Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sceglie i Giochi da Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' Autonomo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipende dagli Adulti Quando:			

MOTRICITA'			
E' Sempre in Movimento	SI	IN PARTE	NO
Sale e Scende le Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizza le Giostre del Parco-Giochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partecipa a Giochi di Movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salta da Rialzi Anche Alti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afferra e Lancia una Palla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taglia con le Forbici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disegna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LINGUAGGIO			
Fa Giochi di Manipolazione	SI	IN PARTE	NO
Ha Iniziato a Parlare In Fase Avanzata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parla Volentieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pone Domande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascolta i Discorsi Degli Altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagna Le Parole Con i Gesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferisce i Gesti Alle Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesce a Comunicare i Suoi Bisogni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli/Le Vengono Letti Racconti e Storie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci Sono Spesso Occasioni In cui gli Adulti Comunicano con Lui/Lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha Difetti di Pronuncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MANIFESTAZIONE DI ANSIE

	SI	IN PARTE	NO
Dorme In Camera da Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme Coni Genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Ritmo Del Sonno è Regolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Sveglia Perché' Ha Paura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' Abituato/a al Sonno Pomeridiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifesta Ansie al Distacco Familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODALITA' ATTEGGIAMENTI

	SI	IN PARTE	NO
Pone Spesso Delle Domande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accetta Le Regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra Interesse Per:			
In Caso di Contrarietà:			
In Caso di Rifiuto:			
Ha Paura Quando:			
Si Arrabbia Quando:			
Fa Capricci Se:			
NOTE:			

Firma dei genitori

Firma dei docenti

.....

.....

Data