

QUESTIONARIO PER L'INSERIMENTO ALL' ASILO

ANNO EDUCATIVO _____ SEZIONE _____

Primo giorno d'inserimento: _____;

Il/La bambino/a: _____ anni _____ mesi _____;

Composizione del gruppo di appartenenza al nido: Gruppo di nuova formazione Proseguo

Il/La bambino/a è:

- Primogenito;
- Secondogenito;
- Gemello.

Le esperienze di separazione già vissute dal/la bambino/a e le sue reazioni:

- Nel contesto familiare

- Fuori il contesto familiare

Cambiamenti significativi avvenuti entro i sei mesi appena trascorsi:

- Trasloco
- Nuova gravidanza
- Ospedalizzazione dell'utente
- Ospedalizzazione di un genitore
- Separazione dei genitori

- Nascita fratello/sorella
- Lutto in famiglia
- Genitore che viaggia.

Quando il/la bambino/a piange, come si consola?

- Con il ciuccio;
- In braccio;
- Tocca i capelli all'adulto;
- Viene cullato nel passeggino;
- Viene "distratto" con giochi;
- Viene "distratto" con il cibo;
- Viene lasciato piangere, fino a che non si calma.

MOMENTO DEL CAMBIO E ABITUDINI IGIENICO-SANITARIE

- Porta il pannolino? Si No
- Ha raggiunto il controllo sfinterico? Si No
- Da quanto tempo ha tolto il pannolino di giorno? _____
- Ha tolto il pannolino la notte? Si No
- Se ha tolto il pannolino la notte, da quanto tempo? _____
- Usa il water? Si No
- Usa il water con il riduttore? Si No
- Usa il vasino? Si No
- Si lascia cambiare in posizione supina, sul fasciatoio? Si No
- Gli piace essere lavato? Si No
- Usate regolarmente una crema per ogni cambio di pannolino? Si No
- Si lascia lavare il viso? Si No
- Si lava i denti? Si No
- Si lascia pettinare? Si No

LE ABITUDINI ALIMENTARI

- Il/la bambino/a manifesta il desiderio di mangiare? Si No
- Con chi mangia? Mamma Papà Altro
- Dove mangia? Passeggino- seggiolone- in braccio-seggiolone da tavola- in movimento- altro
- Come mangia? Guardando la tv-cellulare e/o Ipad-mentre gioca-altro
- Preferisce i cibi dolci? Si No



- Preferisce i cibi salati? Si No
- Manifesta difficoltà nel mangiare? Rifiuto-pianto-altro
- Accenna alla masticazione? Si No
- Mastica correttamente? Si No

IL PASTO

- Mangia il piatto unico da lattante? Si No
- Mangia il piatto unico a pezzetti? Si No
- Mangia separato (primo e secondo)? Si No
- Cerca di mangiare da solo? Si No
- Mangia con le mani? Si No
- Usa le posate? Si No
- Gioca con il cibo? Si No
- Beve da solo? Si No
- Beve con il biberon? Si No
- Beve con il bicchiere a beccuccio? Si No
- Beve con il cucchiaio? Si No
- Beve con il bicchiere? Si No

IL SONNO

Manifesta il bisogno di dormire? Si No (se Si specificare il come)

- Si tocca le orecchie
- Si stropiccia gli occhi
- Si tocca i capelli
- Piange
- Vuole essere preso in braccio
- Tocca le orecchie all'adulto che lo culla
- Tocca i capelli all'adulto che lo culla
- Altro _____

Dove si addormenta?

- In braccio? Si No
- Nel passeggino? Si No
- Nel seggiolone? Si No
- Nel suo lettino? Si No



- Nel letto matrimoniale? Si No
- Mentre ciuccia dal seno? Si No
- Dorme solo in macchina? Si No
- Altro _____

Con cosa si addormenta?

- Con il ciuccio;
- Con il biberon;
- Con il seno;
- Con un pupazzo;
- Con una copertina/lenzuolino
- Altro _____

Chi lo addormenta?

- Mamma
- Papà
- Nonno/a
- Baby sitter
- Da solo
- Altro _____

- A che ora si addormenta la sera? _____
- Quante ore dorme continuativamente? _____
- Se si sveglia piange? Si No
- Viene cullato? Si No
- Viene lasciato piangere? Si No
- Si riaddormenta da solo? Si No
- Rimane sveglio nel lettino senza piangere? Si No
- Altro _____

- La mattina dorme? Si No (se Si specificare quanto)
- Meno di un'ora
- Più di un'ora

▪ Oltre due ore

▪ Altro _____

▪ Il pomeriggio dorme? Si No (se Si specificare quanto)

▪ Meno di un'ora

▪ Più di un'ora

▪ Oltre due ore

▪ Altro _____

MOTRICITA' GROSSOLANA

Come si muove?

- Rotola
- Striscia
- Gattona
- Mantiene la posizione seduta
- Si sposta da seduto
- Si alza in piedi con l'aiuto di un adulto
- Si alza in piedi appoggiato ad un supporto
- Cammina
- Sale le scale
- Scende le scale
- Corre
- Salta

Com'è il tono del movimento?

- Fluido
- Rigido
- Insicuro
- Traballante

LA COMUNICAZIONE

Come comunica?

- Con lo sguardo

- Sorridendo
 - Vocalizzando
 - Con la mimica facciale
 - Con la parola
 - Elabora frasi brevi con 2/3 parole comprensibili
 - Altro _____
-

Informativa ex artt. 3 e 14 GDPR

Ai sensi della Carta de Servizi- Asili Nido- l'Azienda Servizi Pubblici S.p.A. svolge le attività afferenti al servizio descritto affidatole dal Comune di Ciampino. Pertanto, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, il Comune è qualificabile come Titolare del trattamento, mentre Azienda Servizi Pubblici S.p.A. tratta i dati personali degli utenti per conto del Comune, in qualità di responsabile del trattamento come dall'Ente nominata.

Sia il Titolare che il Responsabile del Trattamento hanno provveduto alla nomina di un Responsabile per la Protezione dei dati, i cui recapiti sono consultabili nella Sezione Privacy dei rispettivi siti web istituzionali nonché' nella specifica Informativa estesa pubblicata sul Sito di ASP Spa Ciampino.

Si dichiara quindi di aver preso visione dell'”informativa privacy” disponibile sul sito web del Comune di Ciampino nell'apposita sezione

Ciampino, _____

In fede

(Il Genitore)

(Il Genitore)