**COLLOQUIO DI INGRESSO DI ……………………………………………**



**F M**

**DATI PERSONALI**

* Nome e Cognome del/la bambino/a …………………………………………………………………………………………………………………..
* Nato/a a…………………………………………………………………………………il………………………………………………………………………………
* Nazionalità……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Lingue parlate……………………………………………………………….. Livello di padronanza…………………………………………………
* Nome e cognome della madre……………………………………………………………………………………………………………………………….
* Nazionalità…………………………………………………………………In Italia dal………………………………………………………………………
* Parla italiano? Altre lingue? ......................................................................................................................................
* Professione……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Frequenta corsi di alfabetizzazione? ……..............................................................................................................
* Nome e cognome del padre…………………………………………………………………………………………………….................................
* Nazionalità…………………………………………………………………In Italia dal……………………………………………………………………….
* Parla italiano? Altre lingue? ......................................................................................................................................
* Professione……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Frequenta corsi di alfabetizzazione? ……..............................................................................................................

**LA FAMIGLIA**

Ci sono altre persone che si occupano del bambino/a? .............................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… A chi è stato/a affidata fino a 3 anni? ..........................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ha fratelli o sorelle? Di quale età? Presenti in Italia o nel paese di origine? ..............................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………............………………………………………………………………………………………………

Qual è la lingua di origine della famiglia? Il bambino/a la comprende? La parla? .........................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................

E’ necessario un mediatore per comunicare con la famiglia? ..................................................................................

**LA VITA RELAZIONALE**

Ha frequentato l’asilo nido o altri tipi di scuola? Per quanto tempo? .....................................................................

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

Come giudica quest’esperienza? Com’è stata vissuta dal bambino/a? ....................................................................

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

Qual è l’atteggiamento del bambino/a nei confronti delle persone estranee? ....................................................

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

Come si relaziona con gli altri bambini? .........................................................................................................................

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

Come si relaziona con i fratelli? ......................................................................................................................................

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

Come gestisce giochi e materiali? (Ne ha cura? Li mette in comune? Li riordina?) ………………………………………….

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

Giochi e attività preferite..............................................................................................................................................

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

All’aria aperta come si muove? (è timoroso, sicuro…)………………………………………………………………………………………………. .................................................................................................................................................................................................

Ha abitudine all’ascolto?. ..................................................................................................................................................

Accetta le regole proposte? ...........................................................................................................................................

Quale strategie vengono messe in atto quando non le rispetta? .............................................................................

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

**BENESSERE DEL BAMBINO/A**

Che rapporto ha con il cibo? .............................................................................................................................................

E’ autonomo/a tavola? .....................................................................................................................................................

E’ abituato/a alla cucina italiana? ....................................................................................................................................

Ci sono cibi sgraditi? Allergie alimentari? ....................................................................................................................

E’ autonomo/a in bagno? ....................................................................................................................................................

Da quando ha tolto il pannolino? .....................................................................................................................................

Quali funzioni compie da solo/a?(vestirsi, lavarsi le mani…)………………………………………………………………………………..

Dorme di pomeriggio? ........................................................................................................................................................

Ci sono abitudini o rituali di addormentamento…………………………………………………………………………………………………………

Ha qualche paura? ...............................................................................................................................................................

E’ affetto/a da malattie? ..................................................................................................................................................

Assume medicinali? ............................................................................................................................................................

Ha subito periodi di ospedalizzazione? ..........................................................................................................................

**COME MI VEDE LA MIA FAMIGLIA:**

**descrivo con parole e/o immagini il/la mio/a bambino/a a chi non lo/la conosce.**

**(nome)………………………………………………… raccontato da………………………………….**