



## ANAMNESI INFANZIA

### DATI PERSONALI

Nome e cognome del bambino \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
telefono: abitazione propria \_\_\_\_\_ cell. Padre \_\_\_\_\_ cell. madre \_\_\_\_\_  
telefono: lavoro padre \_\_\_\_\_ lavoro madre \_\_\_\_\_  
telefono: URGENZE (specificare l'appartenenza) \_\_\_\_\_  
N.fratelli/sorelle \_\_\_\_\_

### STATO DI BENESSERE DEL BAMBINO

#### A - Alimentazione del bambino

Rapporto con il cibo \_\_\_\_\_  
Abitudini a tavola \_\_\_\_\_  
Livello di autonomia \_\_\_\_\_  
Allergie accertate clinicamente \_\_\_\_\_  
Indicazioni utili all'insegnante (rifiuti, atteggiamenti da assumere...) \_\_\_\_\_

#### B - Sonno

Modalità con cui il bambino affronta il sonno (relazioni personali)

\_\_\_\_\_

Dorme con la luce o al buio \_\_\_\_\_  
Abitudine riguardo il sonno pomeridiano \_\_\_\_\_

#### C - Atteggiamenti nei confronti del proprio corpo

Come il bambino cura la propria persona \_\_\_\_\_  
Quali funzioni compie da solo (lavarsi, vestirsi, andare in bagno)

\_\_\_\_\_

Consigli per l'ingresso utili all'insegnante (es. pannolone) \_\_\_\_\_  
Presenta condizioni di enuresi (pipì a letto) \_\_\_\_\_

#### D - Eventuali stati di malessere cui è soggetto il bambino \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali episodi più importanti avuti in precedenza (es. epilessia, convulsioni o altro)

\_\_\_\_\_

**Scuola dell'Infanzia San Tarcisio  
e Nido Integrato Bambi**

Via Roma 125 - 37060 - Roncanova  
Gazzo Veronese (VR) - Tel. e fax 0442 58600  
P.IVA: 01548270238 C.F. 82000750230  
mail: [scuola.s.tarcisio@fismvr.it](mailto:scuola.s.tarcisio@fismvr.it)  
sito: [www.scuolainfanziasantarcisio.com](http://www.scuolainfanziasantarcisio.com)

Mod. C



**E - Malattie precedenti l'ingresso alla scuola dell'infanzia?**

\_\_\_\_\_

**F - Statura attuale del bimbo?**

\_\_\_\_\_

**G - Peso attuale del bambino?**

\_\_\_\_\_

**H - La mamma ha avuto problemi in gravidanza? se sì perché?**

\_\_\_\_\_

**I - Il parto è avvenuto naturalmente o è stato un parto cesareo?**

\_\_\_\_\_

**L - Fino a quando è stato allattato al seno?**

\_\_\_\_\_

**M - È nato prematuro?**

\_\_\_\_\_

**N - Il bimbo ha avuto problemi dopo nascita? Se sì quali?**

\_\_\_\_\_

**O - Il divezzamento è avvenuto regolarmente?**

\_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AI GENITORI:**

**Mamma: nome** \_\_\_\_\_ **cognome** \_\_\_\_\_

**nata a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_, **titolo di studio** \_\_\_\_\_

**professione** \_\_\_\_\_ **tel lavoro** \_\_\_\_\_

**Papà: nome** \_\_\_\_\_ **cognome** \_\_\_\_\_

**nata a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_, **titolo di studio** \_\_\_\_\_

**professione** \_\_\_\_\_ **tel lavoro** \_\_\_\_\_

**IL BAMBINO RIMANE SPESSO CON: NONNI, BABYSITTER, O ALTRE PERSONE?**

\_\_\_\_\_



## SVILUPPO AFFETTIVO

Il rapporto con la mamma è \_\_\_\_\_

Il rapporto con il papà è \_\_\_\_\_

I rapporti con i fratelli sono: competitivi  armonici  sereni  conflittuali

Il bambino con chi passa più tempo durante la giornata? \_\_\_\_\_

Al bambino vengono lette fiabe? Da chi? \_\_\_\_\_

## LA VITA RELAZIONALE

### A - Spazio abitativo

Come utilizza lo spazio interno ed esterno della sua abitazione?

\_\_\_\_\_

### B - Relazione con gli adulti

Atteggiamenti nei confronti di persone estranee \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di gioco e di occupazione del tempo \_\_\_\_\_

### C - Relazione

Gli piace ricevere gli amici a casa? \_\_\_\_\_

Va a casa di altri bambini? \_\_\_\_\_

Quanti bambini frequenta e con quanti intreccia rapporti? \_\_\_\_\_

Come gestisce i suoi giocattoli? (li cura, li conserva, li mette in comune con gli altri)

Gli piace colorare e disegnare? \_\_\_\_\_

### D - Relazione con gli oggetti e lo spazio

Sviluppa attività con le mani? (tocca, manipola) \_\_\_\_\_

Ci sono oggetti pericolosi che non può toccare? \_\_\_\_\_

Ha a disposizione e gli piace guardare libri, giornali, fumetti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Scuola dell'Infanzia San Tarcisio  
e Nido Integrato Bambi**

Via Roma 125 - 37060 - Roncanova  
Gazzo Veronese (VR) - Tel. e fax 0442 58600  
P.IVA: 01548270238 C.F. 82000750230  
mail: [scuola.s.tarcisio@fismvr.it](mailto:scuola.s.tarcisio@fismvr.it)  
sito: [www.scuolainfanziasantarcisio.com](http://www.scuolainfanziasantarcisio.com)



**COMPETENZE SPECIFICHE**

**A. Scambi verbali**

Usa spesso il linguaggio verbale con i familiari \_\_\_\_\_

Parla abitualmente il dialetto? \_\_\_\_\_

Usa altre modalità di comunicazione? (gesti) \_\_\_\_\_

È abituato all'ascolto? \_\_\_\_\_

**B. Movimento**

Si destreggia nello spazio della casa e nei confronti degli arredi e dell'ambiente? \_\_\_\_\_

Gli piace usare attrezzi? (tricyci, scalette, altalene) \_\_\_\_\_

Ha esperienze di ambienti diversi? (mare, montagna, piscina, negozi) \_\_\_\_\_

**C. Guarda la tv e per quanto tempo al giorno? \_\_\_\_\_**

La guarda da solo o in presenza di un adulto? \_\_\_\_\_

Quali programmi preferisce? \_\_\_\_\_

Presenza eventuali paure o stai d'ansia? \_\_\_\_\_

Altre notizie che ritenete indispensabile fornire? \_\_\_\_\_

**D. Ha frequentato il nido? \_\_\_\_\_ quale? \_\_\_\_\_**

Con che frequenza? \_\_\_\_\_

Che cosa ha maggiormente contato nell'esperienza del nido? \_\_\_\_\_

**E. Perché ha scelto di mandare suo figlio alla scuola dell'infanzia? \_\_\_\_\_**

**F. Perché ha scelto questa scuola? \_\_\_\_\_**

**G. È disponibile alla cooperazione? \_\_\_\_\_**

**H. Quali regole ritiene importanti? \_\_\_\_\_**

**I. Come pensa di reagire all'inserimento? \_\_\_\_\_**

**L. Cosa si aspetta che impari suo figlio in questa scuola? \_\_\_\_\_**

**COMPILATO DA: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_**