

<b>Istituto Scolastico Paritario Sacro Cuore</b> Via Curta Santa Chiara 20 Carpi MO Tel.059 688124 Fa059630091 e-mail <a href="mailto:sacrocuorecarpi@tiscali.it">sacrocuorecarpi@tiscali.it</a>		SISTEMA QUALITA' CERTIFICATO DA AGIQUALITAS <b>UNI EN ISO 9001:2015</b>		<b>NIDO</b> 
Ed.1 del 1 settembre 2014 Rev.0	<b>INFORMAZIONI DEL/LA BAMBINO/A</b>			Mod6_did_info_nido A.S.2020-2021

Nome e Cognome .....

Età .....

**RELAZIONE CON SE STESSO E CON GLI ALTRI**

Ha già frequentato altri nidi d'infanzia o altri servizi (baby sitter, centri gioco, etc.)?

- sì
- no

Se sì, indicare quali

.....

Ha occasione di incontrare e giocare con altri bambini (amici, cugini, fratelli) in situazioni informali (parco,casa, feste) ?

- sì
- no

Se sì, indicare come si comporta solitamente il bambino ( interagisce con gli amici,resta in disparte, cerca la vicinanza dell'adulto)

.....  
.....

Sa esprimere i suoi bisogni e il suo stato d'animo attraverso parole, gesti e pianto?

- sì
- no

Se sì, indicare le modalità solitamente messe in atto

.....  
.....

Come reagisce di fronte alla presenza di adulti che non conosce (piange, interagisce,indifferente)?

.....  
.....

Ha preferenze particolari nei giochi e negli spazi (ambienti esterni, ambienti interni, giochi di movimento, gioco simbolico)?

.....  
.....

Quali attività lo/la attraggono di più (colorare, leggere,ballare, costruire)?

.....  
.....

<p><b>Istituto Scolastico Paritario Sacro Cuore</b> Via Curta Santa Chiara 20 Carpi MO Tel.059 688124 Fa059630091 e-mail <a href="mailto:sacrocuorecarpi@tiscali.it">sacrocuorecarpi@tiscali.it</a></p>		<p>SISTEMA QUALITA' CERTIFICATO DA AGIQUALITAS <b>UNI EN ISO 9001:2015</b></p>		<p><b>NIDO</b></p> 
<p>Ed.1 del 1 settembre 2014 Rev.0</p>	<p><b>INFORMAZIONI DEL/LA BAMBINO/A</b></p>			<p>Mod6_did_info_nido A.S.2020-2021</p>

Ha avuto occasione di sperimentarsi, di sporcarsi giocando con materiali naturali (acqua, terra, sabbia, sassi, legnetti)?

- si
- no

Se sì, indicare la reazione del bimbo/a (era infastidito/a, divertito/a, intimorito/a, entusiasta)

.....

.....

.....

**ABITUDINI E AUTONOMIE**

Vive serenamente il momento del pranzo (sta seduto volentieri a tavola, mangia insieme alla famiglia)?

- si
- no

Se no, indicare come viene vissuto il momento.

.....

.....

.....

Utilizza un oggetto per coccolarsi?

- si
- no

Se sì, indicare quali oggetti utilizza durante la coccola e come.

.....

.....

.....

C'è qualcosa che lo/la infastidisce?

- si
- no

Se sì, cosa?

.....

.....

Generalmente come affronta il momento del sonno?

.....

.....

.....

.....

<b>Istituto Scolastico Paritario Sacro Cuore</b> Via Curta Santa Chiara 20 Carpi MO Tel.059 688124 Fa059630091 e-mail <a href="mailto:sacrocuorecarpi@tiscali.it">sacrocuorecarpi@tiscali.it</a>	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> SISTEMA QUALITA' CERTIFICATO  DA AGIQUALITAS  <b>UNI EN ISO 9001:2015</b> </div> 	<b>NIDO</b> 
Ed.1 del 1 settembre 2014 Rev.0	<b>INFORMAZIONI DEL/LA BAMBINO/A</b>	Mod6_did_info_nido A.S.2020-2021

Usa il pannolino?

- sì  
 no

Se sì, ha già provato a familiarizzare con il WC?

.....  
.....  
.....

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

Quali malattie ha già contratto?(infettive, normali malattie dell'infanzia)

.....  
.....  
.....  
.....

Eventuali stati di malessere cui è o è stato soggetto/a che si sono verificati relativamente alla sua salute (epilessia, convulsioni, reflusso gastro-esofageo, attacchi d'asma, shock anafilattico)

.....  
.....  
.....

Presenta intolleranze o allergie alimentari?

- sì  
 no

Se sì quali? Fornire agli educatori i il certificato del pediatra.

.....  
.....  
.....  
.....

La famiglia richiede per scelte religiose o di stili di vita una dieta alternativa?

- sì  
 no

Se si è necessaria un'autocertificazione firmata da entrambi i genitori.

**Data**

**Firma**

.....

.....