

Cognome e nome \_\_\_\_\_

**NOTIZIE SANITARIE UTILI ALLA SCUOLA**  
**SI ASSICURA LA MASSIMA RISERVATEZZA**

**SITUAZIONE FAMILIARE**

Quante sono le persone in famiglia \_\_\_\_\_

Quanti i locali di abitazione \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI DI SALUTE DELLA FAMIGLIA**

N. B. Scrivere le condizioni di salute e non il nome dei familiari

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Fratelli (n. \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sorelle (n. \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Altri conviventi \_\_\_\_\_

**Notizie Riguardanti L'alunno**

**Nato/A** { A termine? \_\_\_\_\_ prematuro? \_\_\_\_\_  
regolare \_\_\_\_\_ irregolare \_\_\_\_\_  
peso alla nascita \_\_\_\_\_ Ordine di generazione \_\_\_\_\_

Sofferenze alla nascita ( ittero, asfissia, convulsioni, ecc ...)

**Allattamento:** fino a quanti mesi? \_\_\_\_\_

Al seno \_\_\_\_\_ Artificiale \_\_\_\_\_ Misto \_\_\_\_\_

A quanti mesi i primi denti? \_\_\_\_\_ i primi passi \_\_\_\_\_ le prime parole \_\_\_\_\_

**Eventuali malattie sofferte dall'alunno** (indicare in quale anno) \_\_\_\_\_

Morbillo \_\_\_\_\_ Varicella \_\_\_\_\_ Orecchioni \_\_\_\_\_ Scarlattina \_\_\_\_\_

Pertosse \_\_\_\_\_ Rosolia \_\_\_\_\_ Febbri reumatiche \_\_\_\_\_ Epatite virale \_\_\_\_\_

Altre malattie o atti chirurgici di una certa rilevanza \_\_\_\_\_

Vi sono altre notizie particolari che si ritiene necessario comunicare alla scuola?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Alimentazione

- Rapporto con il cibo
  - buono (mangia volentieri e di tutto)
  - sufficiente (non ha problemi di appetenza anche se "sceglie" cosa mangiare)
  - problematico (è inappetente o molto difficile nello scegliere i cibi)
- Mangia da solo?  si  no
- Nel mangiare ha un ritmo?  Veloce  normale  estremamente lento

## Autonomia

- 1) Si veste da solo?  si  no  in parte
- 2) Si lava da solo?  si  no  in parte
- 3) Va in bagno da solo ed è in grado di provvedere alla propria pulizia?
  - si  no  in parte  porta il pannolino
- 4) Usa correttamente le posate a tavola ?
  - si  no  in parte
- 5) E' ancora dipendente dall'adulto anche per operazioni di cui sarebbe capace ?
  - si  no  in parte
- 6) Se "si" o "in parte" per cosa? \_\_\_\_\_

## Spazi di vita e abitudini

- 1) Con chi trascorre la maggior parte del tempo libero?  Nonni  Genitori  Baby setter  
Altri \_\_\_\_\_
- 2) Ha una sua stanza ?  si  no
- 3) Dorme da solo nella sua stanza?  si  no  nella stanza con i genitori  
 nel lettone
- 3) Quali spazi utilizza per il gioco ?  la sua stanza  tutta la casa?
- 4) Con chi preferisce giocare?  coetanei  adulti
- 5) Quali sono i suoi giochi preferiti?
  - di movimento (corsa, scivolo, calcio, capriole ...)
  - giochi strutturati (lego, puzzle)
  - bambole e/o macchinine
  - altro \_\_\_\_\_
- 6) Come gestisce i propri giocattoli ?  li riordina e li conserva con cura  non li riordina ma ne ha cura  
 non se ne cura  li distrugge
- 7) Gli piace guardare la Tv?  si  no
- 8) Per quanto tempo?  circa un'ora al giorno  circa 2 ore  diverse ore
- 9) Cosa preferisce guardare?  cartoni animati  spettacoli  film oppure  tablet, cellulare...
- 10) Con chi guarda la Tv?  da solo  con amichetti  con adulti
- 11) E' abituato ad usare "materiale scolastico" (forbicine, colla, pennarelli ...)?
  - si  no  in parte
- 12) Gli piace sfogliare libri  si  no  in parte
- 13) Che cosa lo incuriosisce maggiormente? \_\_\_\_\_
- 14) Qual è il carattere dell'alunno/a nell'ambiente domestico?  
\_\_\_\_\_

## Relazioni sociali

- 1) Ha frequentato l'asilo nido ?  si  no
- 2) Ha la possibilità di frequentare altri bambini ?  si  no  in parte
- 3) Ha difficoltà ad intrecciare rapporti ?  no  si  in parte
- 4) Se "si o in parte", con chi?  con gli adulti  con i coetanei

## Linguaggio e comunicazione

L'alunno/a soffre di:  difficoltà visiva,  difficoltà uditiva,  difficoltà del linguaggio

- 1) Si esprime in maniera comprensibile?  si  no  in parte
- 2) E' in grado di comprendere e portare a termine una consegna?  si  no  in parte
- 3) Sa esprimere in modo comprensibile i propri bisogni e desideri ?  si  no  in parte
- 4) Si rileva qualche difetto nella pronuncia ?  no  si  in parte  
quale? \_\_\_\_\_

- 5) Usa altri mezzi di comunicazione?  no  si  in parte  quali? \_\_\_\_\_
- 6) Piange di frequente?  no  si  in parte  
Se "si o in parte"  senza motivo apparente  per ragioni emotive  altro \_\_\_\_\_
- 7) Altre difficoltà o problemi ( enuresi notturna, ernie, convulsioni, tics ecc) \_\_\_\_\_

## Movimento

- 1) Ha attraversato la fase del carponi?  si  no
- 2) Sa destreggiarsi nello spazio della casa e nei confronti degli arredi/oggetti ?  si  no  in parte
- 3) Affronta giochi e movimenti rischiosi ?  si  no  in parte
- 4) Se portato a passeggio, rimane vicino all'adulto?  si  no  in parte,
- 5) tende a muoversi autonomamente  si  no  in parte,
- 5) Come scende le scale?  alternando entrambi i piedi:  senza appoggi  appoggiandosi al corrimano  
 usando un solo piede alla volta  all'indietro, appoggiando anche le mani

## PRIVACY

I DATI PERSONALI DELLA PRESENTE SCHEDA SARANNO UTILIZZATI UNICAMENTE PER FINALITÀ DIDATTICO/ORGANIZZATIVE E NON SARANNO OGGETTO DI COMUNICAZIONE A TERZI.

TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE DEVONO CORRISPONDERE AL VERO, IN CASO CONTRARIO LA SCUOLA DECLINERÀ OGNI IMPEGNO.

Firma per presa visione e accettazione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_