



SCHEDA PERSONALE DEL BAMBINO

Nome _____

Cognome _____

Sezione _____

ANNO SCOLASTICO 2019/2020

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

BAMBINO

❖ NOME _____ COGNOME _____

❖ Data di nascita _____ Luogo _____

❖ Residenza _____

PADRE

➤ NOME _____ COGNOME _____

➤ Professione _____

➤ Interessi e hobby _____

➤ Orari di lavoro _____

MADRE

▪ NOME _____ COGNOME _____

▪ Professione _____

▪ Interessi e hobby _____

▪ Orari di lavoro _____

FRATELLI E SORELLE

○ NOME _____

○ Età _____ Classe frequentata _____

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

Altri componenti del nucleo familiare o persone che si occupano del bambino

- Ruolo _____
- Tempo passato con il bambino _____

LA NASCITA

Notizie particolari sulla gravidanza e la nascita:

L'ADOZIONE

- A che età il bambino è stato adottato? _____
- Avete informazioni sulla anamnesi e la vita
Pregressa del bambino?
Se sì, quali sono? _____

- Il bambino sa di essere stato adottato? * SI *NO
Se sì, quando lo ha saputo come ha reagito? _____

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

Se no, volete che resti un “segreto”? _____

- Conoscete i genitori naturali? *SI *NO
Se si, che rapporti avete con loro? _____

Se no, sapete se sono ancora in vita? _____

Altre notizie particolari? _____

I PRIMI MESI

- | | | | |
|---|-----|-----|---------|
| ▪ Il bambino è stato allattato al seno? | *SI | *NO | *Non so |
| ▪ Mangiava regolarmente? | *SI | *NO | *Non so |
| ▪ Aveva disturbi intestinali? | *SI | *NO | *Non so |
| ▪ Dormiva: | *SI | *NO | *Non so |
| tranquillamente? | *SI | *NO | *Non so |
| a orari regolari? | *SI | *NO | *Non so |
| poco? | *SI | *NO | *Non so |
| male? | *SI | *NO | *Non so |

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

- Chi ha avuto più vicino nei primi mesi di vita o di adozione? _____
- Quali malattie ha avuto il bambino? _____

- E' stato ricoverato in ospedale? *SI *NO *Non so
 Se si, per quali problemi? _____
 Per quanto tempo _____
 A che età? _____

- Ha frequentato altri asili nido? *SI *NO *Non so
 Se si, per quanto tempo? _____
 Frequentava regolarmente il nido? *SI *NO *Non so
 Se no, per quale motivo? _____
 Andava al nido volentieri? *SI *NO *Non so
 Se no, come manifestava il suo rifiuto? _____

IL SONNO

- Il bambino dorme:
 - * in stanza con i genitori
 - * a letto con i genitori
 - * in stanza con i fratelli
 - * in camera da solo

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

- A che ora va a letto? _____
- A che ora si sveglia? _____

- Dorme:
 - * al buio
 - * con la luce accesa

- Fa fatica ad addormentarsi? *SI *NO

- Come si addormenta?
 - *da solo nel lettino
 - *nel letto con qualcuno accanto
 - *cullato nel lettino
 - *con il ciuccio
 - *con un oggetto particolare
 - quale? _____
 - * _____

- Ha problemi durante la notte? *SI *NO
- Se si, quali? _____
- Porta a letto un pupazzo? *SI *NO
- Fa il riposino quotidiano? *SI *NO
- Altre notizie particolari? _____
- _____

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

ABITUDINI ALIMENTARI

- Mangia? *poco *molto
*in maniera regolare
- E' autonomo nel mangiare? *SI *NO
- Quali cibi non ha ancora integrato? *tuorlo *albume
*zucchero *sale
*carne rossa *pomodoro

- Quali sono i cibi preferiti?

- Quali sono i cibi che rifiuta?

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

- Ha allergie? *SI *NO

Se si, quali? _____

- Altre notizie particolari? _____

AUTONOMIA

- Ha acquisito il controllo sfinterico? *SI *NO
- Si lava volentieri? *SI *NO
- Si lava da solo le manine? *SI *NO
- Sceglie i suoi giochi? *SI *NO
- Riordina i suoi giochi? *SI *NO

ELEMENTI DEL CARATTERE

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

ATTIVITA' MOTORIE

- | | | |
|---|-----|-----|
| ▪ Gattona? | *SI | *NO |
| ▪ Cammina da solo? | *SI | *NO |
| ▪ Sale e scende le scale? | *SI | *NO |
| ▪ Va sullo scivolo? | *SI | *NO |
| ▪ Va sull'altalena? | *SI | *NO |
| ▪ Ha paura dell'acqua (mare, piscina...)? | *SI | *NO |
| ▪ Gioca con la palla? | *SI | *NO |
| ▪ Fa disegni con i colori? | *SI | *NO |

COMUNICAZIONE

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| ▪ Il bambino è: | *estroverso | *introverso |
| ▪ Parla con gli sconosciuti? | *SI | *NO |
| ▪ Riesce a farsi capire meglio con: | *i gesti | *le parole |
| ▪ Ha qualche difetto di pronuncia? | *SI | *NO |
-
- | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|
| ▪ Fa domande? | *SI | *NO |
| ▪ Gli vengono lette favole e storie? | *SI | *NO |

L'OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it

INFORMATIVA PRIVACY ai sensi della Legge n. 675/96 e successive modificazioni.

In ottemperanza a quanto stabilito dalla Legge 675/96 e s.m.i. sulla tutela dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati riportati nella presente istanza sono acquisiti da “L’Oasi dei Sogni” in virtù delle vigenti disposizioni legislative. Il loro trattamento verrà effettuato solo ed esclusivamente nel rispetto di quanto previsto dalla citata normativa e sarà improntato a principi di liceità, trasparenza e correttezza.

I dati raccolti saranno trattati da “L’Oasi dei Sogni” per il perseguimento dei propri fini istituzionali anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale i presenti vengono dichiarati.

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni previste dall’art. 10 della Legge n. 675/96 e successive modificazioni ed integrazioni in relazione al trattamento che “L’Oasi dei Sogni” potrà fare in ordine ai dati, compresi quelli sensibili, da me forniti nella presente domanda.

ROMA li _____

FIRMA _____

L’OASI DEI SOGNI

Via di Tor San Giovanni, 162 - 00139 Roma - C.F./P.I. 13404521000

Tel: 06/87121575; Cell: 392/9982731

www.loasideisogni.it; E-mail: loasideisogni@tiscali.it