



Piccole Mani - Piccolo Gruppo Educativo PGE – MONTESE



*COLLOQUIO DI INGRESSO*  
*al*  
*NIDO d'INFANZIA*

---

---

Nome e Cognome: .....

Nato/a il .....a .....

A.E. \_\_\_\_/\_\_\_\_



*Grazie della collaborazione*

### ***Informativa sulla Privacy***

Forniamo, ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679 le seguenti informazioni: i dati forniti verranno trattati per l'organizzazione e la gestione dei servizi scolastici ed educativi. I suoi dati personali saranno trattati con modalità cartacee e informatizzate e potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici o a privati esclusivamente nei casi previsti da leggi e regolamenti; potranno essere diffusi esclusivamente i dati previsti dalla normativa e rigorosamente nei casi ivi indicati. Le ricordiamo infine che, in qualunque momento, nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, contattando il Resp. del trattamento, Dott.ssa Flavia Giovanardi, al seguente recapito: tel. 059/758839 fax059/790771 e-mail [sportellosocialecastelvetro@terredicastelli.mo.it](mailto:sportellosocialecastelvetro@terredicastelli.mo.it) ( da personalizzare coi territori, per il momento lasciamo così, poi aggiorneremo)

### **Firma per presa visione**

\_\_\_\_\_

*(consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale)*

### **LA FAMIGLIA**

ABITIAMO IN VIA .....  
A.....  
TEL. CASA.....

MAMMA.....nata il.....  
Titolo di studio.....professione.....  
Tel.....mail.....

PAPA' ..... nato il.....  
Titolo di studio.....professione.....  
Tel.....mail.....

Sorelle, fratelli  
.....Età.....

TEL. NONNI.....

Durante la frequenza al nido di vostro figlio/a vorremmo coinvolgervi in esperienze con i bambini e con gli altri genitori e famigliari. Chiediamo cortesemente di segnalarci vostre disponibilità in tal senso, interessi ed hobby.

Mamma:.....  
Papà:.....  
Nonni.....

## IL LINGUAGGIO

### L'ambientamento al Nido

L'ambientamento sarà curato da .....

Perché.....

.....

Prima dell'ingresso al Nido con chi trascorrevla la giornata?

.....

Oggetti ai quali è particolarmente affezionato/a e che porterà con sé

.....

.....

Quando non sarà al Nido con lui/ lei ci sarà?.....

Frequenterà il Nido dalle ore ..... alle ore.....

Esprime/comunica i propri bisogni con ...

- la gestualità.....
- espressioni del viso.....
- il pianto.....
- qualche suono.....
- parole.....
- .....

Proponete libri.....,

raccontate favole, filastrocche, storie.....

canzocine, musiche.....

Se ha personaggi/ cartoni preferiti, quali sono?.....

.....

## IL GIOCO E LE RELAZIONI

In un ambiente nuovo, con adulti e/o bambini che non conosce, come reagisce?

.....

.....

Di fronte a oggetti, giocattoli, materiali che non conosce come reagisce?

.....

.....

Con chi gioca più volentieri?.....

Chiede sempre l'adulto accanto o è sufficiente essere nelle vicinanze?

.....

Quali giochi preferisce?.....



## MOMENTI DI CURA

### a. L'alimentazione

Mangia da solo? Si.....No..... Con l'aiuto di.....

Quali alimenti non sono (ancora) stati introdotti nella sua dieta

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

Ha problemi particolari di allergie ed intolleranze alimentari?

.....

E' abituato al piatto unico ( es. tutto insieme pasta,  
carne/pesce/verdura/uova/formaggi) ? .....

Il cibo lo mangia:

tritato.....frullato.....a pezzetti.....

Abitudini alimentari

Cibi preferiti.....

Cibi non graditi/ rifiutati.....

Mangia a tavola con altre persone? Si .....No.....

Mangia tutto ciò che gli viene proposto ?.....

Come lo si incoraggia/invoglia?.....

.....

Se il bambino rifiuta il cibo, come ci si comporta?

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

Può toccare e manipolare il cibo mentre mangia? Si.....No.....  
perché.....

Riesce ad usare il cucchiaio ed altre posate?.....

Mentre mangia è:

- seduto sul seggiolone .....
- in braccio a.....
- gioca con .....
- guarda la televisione.....
- gira per casa.....
- è distratto da.....
- .....

### b Il riposo durante il giorno

Le sue abitudini: .....

.....  
.....

Dove dorme? .....

Come e con chi si addormenta di solito?.

.....

Se si sveglia piangendo come ci si comporta?.....

.....

Orari del sonno:.....