

QUESTIONARIO CONOSCITIVO DELL' ALUNNO/A CON DISABILITA'

COGNOME E NOME DEL BAMBINO/A:

Classe: Sez.: Plesso:

DIAGNOSI:

Segue terapie?:

Quali?:

VITA DI RELAZIONE

Quando esce da scuola chi si occupa del/la bambino/a?

Cosa gli/le piace fare dopo la scuola? Quali giochi predilige?

Socializza con gli altri bambini?

Come si pone nei confronti degli adulti?

COMPORAMENTO

E' un/a bambino/a tranquillo/a?:

E' oppositivo/a?:

Se Si come gestite questo suo comportamento:

Altro

AUTONOMIA

A tavola è autonomo/a?:

Se NO in cosa lo/a aiutate?:

In bagno è autonomo/a?:

Se NO in che modo lo/la aiutate?:

LINGUAGGIO

Ha un linguaggio comprensibile?:

Gli/le piace leggere o ascoltare fiabe , storie ecc.....:

Sa esprimere i suoi desideri o i suoi bisogni?:

ANNOTAZIONI PARTICOLARI EVENTUALI STATI DI MALESSERE CUI E' SOGGETTO IL/LA BAMBINO /A (convulsioni, epilessie, allergie):

COSE IMPORTANTI DA COMUNICARE ALLE/AGLI INSEGNANTI: