

(Allegato 1)

DATI ANAGRAFICI ALUNNO

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO	
-----------	--

RECAPITI TELEFONICI	CASA	CELL. MADRE	CELL. PADRE	ALTRO
NOTE				

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

GENITORE	ETA'	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE
FRATELLI/SORELLE	ETA'	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE
ALTRI CONVIVENTI	ETA'	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE
CONVIVENTI DISABILI	ETA'	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE

ANAMNESI PRENATALE E NATALE

ENURESIS NOTTURNA	SI	NO
ENURESIS DIURNA	SI	NO
DESTORSO	Mancino	Ambidestro
ADOZIONE	SI	NO
AFFIDAMENTO	SI	NO
HA UNA DIAGNOSI FUNZIONALE	SI	NO

(Barrare con una X la voce che interessa)

(Se sì, all'età di ____)

(Se sì, all'età di ____)

EVENTUALI ALLERGIE E INTOLLERANZE:

Ha unsonno: Tranquillo | Disturbato | Con incubi | Parla durante il sonno | Va nel letto dei genitori

DORME IN MEDIA: _____ ORE

Conosce il proprio nome	SI	NO
Risponde al richiamo del proprio nome	SI	NO
Sa vestirsi e svestirsi da solo	SI	NO
E' autonomo in bagno	SI	NO

ESPERIENZE SIGNIFICATIVE PRESCOLASTICHE

Ha frequentato il nido	SI	NO
------------------------	----	----

TERAPIE RIABILITATIVE

Psicomotricità	SI	NO
Logopedia	SI	NO
Altro: _____		
Indicare dove fa terapia il bambino/a: Centro Riabilitativo (_____) Terapista Privato		