

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI  
DELL'ALUNNO ADOTTATO/IN AFFIDAMENTO**

**I.C. "ALFONSO VOLPI"**

**ALLEGATO 1**

**RACCOLTA INFORMAZIONI A INTEGRAZIONE DEI MODULI D'ISCRIZIONE**

**ADOZIONE NAZIONALE**

**ADOZIONE INTERNAZIONALE**  Paese di provenienza \_\_\_\_\_

**COGNOME E NOME DEL MINORE** \_\_\_\_\_

**SESSO** Maschio  Femmina

**LUOGO DI NASCITA** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**DATA DI INGRESSO DEL MINORE NELLA FAMIGLIA** \_\_\_\_\_

**DATA DI INGRESSO DEL MINORE IN ITALIA** (In caso di adozione internazionale) \_\_\_\_\_

**IL/LA BAMBINO/A E' GIÀ STATO SCOLARIZZATO/A?** SÌ  NO

SE A CONOSCENZA, INDICARE DA CHE ETA' \_\_\_\_\_ E LA DURATA \_\_\_\_\_ (Mesi/Anni)

**INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA DI ACCOGLIENZA**

**SONO PRESENTI FIGLI BIOLOGICI?** NO  SÌ  \_\_\_\_\_ (Specificare il numero)  
INDICARE PER CIASCUNO IL SESSO E L'ETA' \_\_\_\_\_

**SONO PRESENTI ALTRI FIGLI PRECEDENTEMENTE ADOTTATI/IN AFFIDAMENTO?** SÌ  NO

DEVE ANCORA ESSERE INSERITO SÌ  NO

DEVE ANCORA ARRIVARE IN ITALIA SÌ  NO

INDICARE PER CIASCUNO IL SESSO E L'ETA' \_\_\_\_\_

**RIFERIMENTI DI SERVIZI TERRITORIALI O ALTRI ENTI CHE HANNO SEGUITO/SEGUONO IL NUCLEO  
FAMIGLIARE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NELLA SCUOLA CI SONO BAMBINI CHE LUI GIÀ CONOSCE?** NO  SÌ

(Se sì chi?) \_\_\_\_\_



**5. DALL'ARRIVO IN FAMIGLIA IL/LA BAMBINO/A HA FREQUENTATO/FREQUENTA ATTIVITÀ RICREATIVE QUALI:**

- Ludoteche
- Oratori
- Attività sportive
- Altro \_\_\_\_\_

E mezzi di cura quali:

- |   |                                   |                                     |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Psicomotricità         | <input type="checkbox"/> A scuola | <input type="checkbox"/> In privato | <input type="checkbox"/> In carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> Logopedia              | <input type="checkbox"/> A scuola | <input type="checkbox"/> In privato | <input type="checkbox"/> In carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> Ippoterapia            | <input type="checkbox"/> A scuola | <input type="checkbox"/> In privato | <input type="checkbox"/> In carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> Musica, Musico-terapia | <input type="checkbox"/> A scuola | <input type="checkbox"/> In privato | <input type="checkbox"/> In carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> Altro _____            |                                   |                                     |  |

**6. COME VALUTATE L'ATTEGGIAMENTO PREVALENTE DI VOSTRO/A FIGLIO/A DI FRONTE AD UNA NUOVA ESPERIENZA? (Se SI valutare su una scala da: -Poco- 1,2,3,4,5,6,7 -Molto-)**

- |               |          |                          |                             |                                 |
|---------------|----------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| SOCIEVOLE     | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| LEADER        | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| COLLABORATIVO | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| ISOLATO       | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| REATTIVO      | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| PASSIVO       | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| INDIFFERENTE  | SI _____ | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |

**7. SECONDO VOI VOSTRO/A FIGLIO/A PREFERISCE INTERAGIRE CON:**

- |                      |                             |                             |                                 |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| COETANEI             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| BAMBINI PIU' PICCOLI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| BAMBINI PIU' GRANDI  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| ADULTI               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| FIGURE FEMMINILI     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| FIGURE MASCHILI      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |

FOCUS NARRATIVI PER RACCOGLIERE ALTRE INFORMAZIONI AL FINE DI PREDISPORRE LA MIGLIORE ACCOGLIENZA DEL BAMBINO/A IN CLASSE

**8. DALL'ARRIVO IN FAMIGLIA QUALI SONO GLI INTERESSI DI VOSTRO/A FIGLIO/A?**

---

---

---

---

**9. NEL GIOCO VOSTRO/A FIGLIO/A PREDILIGE...**

- GIOCARE DA SOLO
- GIOCARE CON LA PRESENZA PREVALENTE DI UN ADULTO
- GIOCARE RICERCANDO IL COETANEO
- GIOCARE RICERCANDO UN RUOLO DI GIOCO IN GRUPPO
- GIOCARE EVITANDO UN RUOLO DI GIOCO IN GRUPPO
- ALTRO \_\_\_\_\_
- NON LO SO ANCORA

**10. NEL GIOCO VOSTRO/A FIGLIO/A DI FRONTE ALL'INSUCCESSO...**

- CONTINUA CON OSTINAZIONE
- ABBANDONA
- SI FERMA E RINUNCIA
- CHIEDE AIUTO
- TENTA SOLUZIONI
- ACCETTA SUGGERIMENTI
- DIVENTA REATTIVO VERSO GLI OGGETTI
- DIVENTA REATTIVO VERSO LE PERSONE
- ALTRO \_\_\_\_\_
- NON LO SO ANCORA

**11. NEL GIOCO VOSTRO/A FIGLIO/A TENDE ...**

- A SCAMBIARE GIOCHI CON I COETANEI
- A DIVIDERE I GIOCHI CON I COMPAGNI
- AD ACCETTARE L'AIUTO DI UN COETANEO
- AD OFFRIRE SPONTANEAMENTE AIUTO AD UN COMPAGNO
- A REAGIRE ECCESSIVAMENTE SE UN COMPAGNO NON LO AIUTA
- ALTRO \_\_\_\_\_
- NON LO SO ANCORA

**12. CI SONO EVENTUALI COMPORAMENTI E/O RITUALI CHE RITENETE UTILI SEGNALARCI?**

---

---

---

**13. IN RIFERIMENTO AL RAPPORTO CON L'ALIMENTAZIONE DI VOSTRO/A FIGLIO/A CI SONO EVENTUALI ASPETTI O RITUALITÀ CHE RITENETE UTILI SEGNALARCI? (Usi, gusti, abitudini relative alle proprie origini, accettazione della nostra cultura/varietà alimentare...)**

---

---

---

**14. CI SONO PARTICOLARI PROBLEMI DI SALUTE DA SEGNALARE? (Allergie, diabete, asma, epilessia, cardiopatie, gravi problemi di vista o di udito...)**

---

---

---

**15. IN RIFERIMENTO AD EVENTUALI ANSIE E RELATIVE SUE REAZIONI/MODALITA' CONSUETE CI SONO STRATEGIE PREVENTIVE O DI INTERVENTO CHE RITENETE UTILE SEGNALARE?**

---

---

---

**16. QUAL E' LA REAZIONE DI VOSTRO/A FIGLIO/A DI FRONTE AD UN DISAGIO FISICO E/O EMOTIVO?**

- PIANGE DISPERATO/A
- SI ISOLA, CHIUDENDOSI NEL MUTISMO
- SI ISOLA, NASCONDENDOSI
- SI DONDOLA, SI RITRAE, NASCONDE IL VOLTO
- NON PIANGE MAI
- DIVENTA AGGRESSIVO/A
- TENDE AD ALLONTANARSI
- RIFIUTA IL CONTATTO FISICO
- RICERCA IL CONTATTO FISICO
- SI MOSTRA CONTRARIATO/A
- ALTRO \_\_\_\_\_

**17. SE E' UN BAMBINO ADOTTATO DA UN PAESE STRANIERO:**

**IN RIFERIMENTO AL RAPPORTO CON LA LINGUA D'ORIGINE DI VOSTRO/A FIGLIO/A, CI SONO EVENTUALI ASPETTI CHE INTENDE SEGNALARCI (Rifiuto, utilizzo predominante, usata come intercalare)?**

---

---

---