

INFORMAZIONE DEL MINORE

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Scuola _____ Classe _____

Tempo pieno uscita alle ore _____ Tempo antimeridiano uscita alle ore _____

Ha l'insegnante di sostegno? Si No

Se avete risposto **si** specificare il nome _____ e le ore _____

Nucleo familiare

Ha fratelli e/o sorelle? Si No

Se avete risposto **si** specificare il nome _____ e l'età _____

Se avete risposto **si** specificare il nome _____ e l'età _____

Se avete risposto **si** specificare il nome _____ e l'età _____

Nella vostra famiglia c'è familiarità per la problematica per cui venite da noi? Si No

Se avete risposto **si** specificare quale _____

Gravidanza e Sviluppo

Specificare il tipo di gravidanza _____

Normodecorsa si no _____

Parto: termine pretermine post-termine settimana _____ indice di apgar _____

Parto eutocico cesareo uso del forcipe

Peso alla nascita _____

Sofferenza prenatale perinatale postnatale

Giri di cordone si no _____

Problemi alla nascita _____

Allattamento seno-durata _____ artificiale-durata _____

Ciuccio si no tolto all'età di _____

Tipo ciuccio ciliegia anatomico goccia

Biberon si no tolto all'età di _____

Svezzamento: mesi _____ Tipo _____

Durante i primi anni di vita ha avuto:

Otiti ricorrenti _____

Raffreddori ricorrenti _____

Altre malattie _____

A quanti anni ha tolto il pannolino? giorno _____ notte _____

Dorme tutta la notte? si no _____

Russa nel sonno ? si no ha una espirazione difficoltosa nel sonno? si no

La mattina trovate il cuscino bagnato? si no _____

Ha bisogno di qualcosa in particolare per addormentarsi? no si specificare cosa _____

Ha una sua stanza? si no

Dorme nel suo letto? si no _____

Vista

Difetti Visivi e/o patologie oculari in Famiglia ? si no quali _____

DIAGNOSI-LOGOPEDIA-PSICOMOTRICITA'-PSICOTERAPIA-PARENT TRAINING-TUTORAGGIO-ORTOTTICA-OSTEOPATIA-FISIATRIA

cod.fisc.97967520582

V.le Capitan Casella, 86 – 00122 Lido di Ostia (RM)

tel. 3391803855 – 0656323008

segreteria@ippsam.it

Pag. 2 di 4

Porta gli occhiali si no

se si perché? _____

Vede male da lontano si no

Strizza spesso gli occhi si no

Ha bruciore agli occhi si no

Ha lacrimazione agli occhi si no

Ha mal di testa si no

Si avvicina molto al foglio si no

Inventa le parole quando legge si no

Perde il rigo o parte del testo in lettura si no

Difficoltà di copiatura dalla lavagna si no

Cambia la dimensione della scrittura si no

Sviluppo motorio

Controllo del tronco ____ mesi Gattinamento: si specificare ____ mesi no Camminare ____ mesi

Sale e scende le scale autonomamente? si no

Utilizza il triciclo? si no

Sa andare in bicicletta? si no Con le rotelle? si no

Linguaggio

A quanti mesi ha detto le prime parole? _____

A quanti mesi ha iniziato a formulare le frasi? _____

Sostituisce il vocabolo giusto con uno inventato? (es. nonno lo chiama tuda?) si no

Scolarizzazione

ORDINAMENTO SCUOLA	NOME SCUOLA	INSEGNANTI PRINCIPALI
Nido		
Infanzia		
Primaria		
Secondaria I grado		
Secondaria II grado		

Durante la giornata chi si occupa del bambino? _____

Fa sport? si no Se si specificare quale/i _____

SPECIALISTA
Pediatra
Dentista
Ortodonzista
Oculista
Ortottista
Otorino
Osteopata
Altro