

LOGO D'ISTITUTO

TRACCIA DEL COLLOQUIO
CON LA FAMIGLIA

1° COLLOQUIO	
Anno Scolastico	
Data	____/____/____
Presenti al colloquio:	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> altri _____
Insegnante/i	
DATI ANAGRAFICI	
Nome alunno	
Data di nascita	
Residenza	
Scuola e classe frequentata	
Diagnosi	
PRECEDENTI ESPERIENZE SCOLASTICHE	
Nido	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, per anni _____
Se Si, e' stato seguito in maniera individualizzata?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Scuola dell'Infanzia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, per anni _____
Se Si, e' stato seguito in maniera individualizzata?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Scuola Primaria (iter regolare, ripetenze, motivazioni...)	
Scuola Secondaria di Primo grado	
Scuola Secondaria di Secondo grado	
Chi si prende cura del	

bambino/ragazzo			
COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE			
Padre			
Madre			
Fratelli/Sorelle			
Altri conviventi			
Osservazioni			
ANAMNESI			
Nascita			
Linguaggio			
Deambulazione			
Alimentazione			
Ritmo sonno/veglia			
Controllo sfinterico			
Livelli cognitivi raggiunti	<input type="checkbox"/> in tempo	<input type="checkbox"/> precocemente	<input type="checkbox"/> con ritardo
Livelli motori raggiunti	<input type="checkbox"/> in tempo	<input type="checkbox"/> precocemente	<input type="checkbox"/> con ritardo
Il bambino nella prima infanzia	<input type="checkbox"/> Disobbediente	<input type="checkbox"/> Aggressivo	<input type="checkbox"/> Timoroso
	<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Dotato di scarse abilità interpersonali	
	<input type="checkbox"/> Iperattivo	<input type="checkbox"/> Altro _____	
Malattie particolari			
Ricoveri ospedalieri			
Interventi specialistici			
Giochi/passatempo			
Interessi			
Impegni settimanali			
Esperienze extrafamiliari di più giorni (scuola – natura, oratorio, associazioni...)			
Fatti rilevanti della storia personale			

o familiare (traslochi, lutti, separazioni, eventi traumatici...)	
COMPORAMENTO ATTUALE IN FAMIGLIA	
Ubbidienza	<input type="checkbox"/> Lavori domestici <input type="checkbox"/> Routine (mattina/ora di andare a letto) <input type="checkbox"/> Altro _____
Rapporti interpersonali	<input type="checkbox"/> Amici (<input type="checkbox"/> Pochi <input type="checkbox"/> Tanti) <input type="checkbox"/> Abilità comunicative spontanee/su richiesta <input type="checkbox"/> Aggressivo <input type="checkbox"/> Altro _____
Svolgimento dei compiti a casa	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Collaborativo con l'adulto <input type="checkbox"/> Solo se costretto <input type="checkbox"/> Disorganizzato <input type="checkbox"/> Non li porta a casa <input type="checkbox"/> Non li riporta a scuola <input type="checkbox"/> Altro _____
Comportamenti iperattivi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Rapporti del bambino con:	<input type="checkbox"/> Privilegiato <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Di dipendenza
• madre	<input type="checkbox"/> Oppositivo <input type="checkbox"/> Sereno
• padre	<input type="checkbox"/> Privilegiato <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Di dipendenza
	<input type="checkbox"/> Oppositivo <input type="checkbox"/> Sereno
• fratelli	<input type="checkbox"/> Privilegiato <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Di dipendenza
	<input type="checkbox"/> Oppositivo <input type="checkbox"/> Sereno
• insegnanti	<input type="checkbox"/> Privilegiato <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Di dipendenza
	<input type="checkbox"/> Oppositivo <input type="checkbox"/> Sereno
• altri	<input type="checkbox"/> Privilegiato <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Di dipendenza
	<input type="checkbox"/> Oppositivo <input type="checkbox"/> Sereno
Metodi disciplinari adottati dai genitori:	<input type="checkbox"/> Discussioni <input type="checkbox"/> Lodi/Ricompense <input type="checkbox"/> Rimproveri <input type="checkbox"/> Castighi <input type="checkbox"/> Sculacciate <input type="checkbox"/> Altro _____ (ES: Tv, Play-station, attività con gli amici, con i genitori, attività sportive, cibi preferiti, soldi...)
Coerenza dei coniugi nella disciplina	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quasi sempre <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Mai
Sostegno del coniuge nella disciplina e nella educazione	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quasi sempre <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Mai
Sostegno da parte altri membri della famiglia	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quasi sempre <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Mai
VITA SCOLASTICA	
Inserimento scolastico	
Programmazione iter precedente (individualizzata/semplificata)	

Lingua straniera	
Insegnante di sostegno	
Educatore	
Utilizzo libri di testo	
Strumenti semplificati	
Referente scuola precedente	
Capacità di relazionarsi con i pari	
Capacità di relazionarsi con l'adulto	
Ausili per la comunicazione	
Ausili motori	
SISTEMA DI COMUNICAZIONE SCUOLA-FAMIGLIA	
Chi tiene i rapporti con la scuola?	
Con che frequenza?	
Con che modalità?	
Quali aspettative avete in merito all'intervento educativo (insegnanti, compagni...)?	
OSSERVAZIONI	

_____, ___/___/20__

FS / Il docente
