

Allegato 2

Questionario genitori bambini/e adottati

Data compilazione:..... **DATI PERSONALI:**

- Nome e cognome attuale bambino/a:
.....
- Il bambino ha cambiato nome? sì no
- Se sì, qual era?.....
- Data e luogo di nascita:
.....
- L'età del bambino è reale o si può ipotizzare un'altra età?.....
- A quale età il bambino è arrivato in famiglia?.....
- Residente
a.....via.....

NOTIZIE SULLA FAMIGLIA:

Situazione familiare: i genitori sono:

- coniugati
- conviventi
- separati
- divorziati
- Nome Cognome
- Data e luogo di nascita
- Professione
- Padre
- Madre
- Fratelli e altri minori presenti in famiglia:
- Nome Cognome
- Età Scuola
- È adottato? Sì No

Altri componenti del nucleo familiare

- Nome e Cognome
- Parentela
- Età Professione

NOTIZIE GENERALI

- Da quando il bambino /a è arrivato in Italia:
- è stato in famiglia Sì No
- è stato affidato ai nonni Sì No
- ha frequentato l'asilo nido / infanzia Sì No
- altro Sì No
- specificare.....

Prima di essere adottato il bambino/a:

- ✓ era in famiglia di origine Sì No
- ✓ era in famiglia affidataria Sì No
- ✓ in istituto/casa-famiglia Sì No
- ✓ altra struttura Sì No
- ✓ Specificare.....
- ✓ per quanto tempo.

Il bambino/a ha ricordi di queste esperienze

✓ SÌ

✓ NO

✓

...

Percorso scolastico pregresso

- Scuole frequentate nel paese d'origine:

.....

- altre lingue conosciute:

.....

Notizie sugli aspetti della vita del bambino/a

La famiglia è a conoscenza delle possibili malattie avute?

SÌ

quali.....

NO

- di eventuali ricoveri in ospedale:

SÌ

quali.....

.....

NO

- Attuale stato di

salute.....

- eventuali terapie in atto (farmacologiche – riabilitative)

.....
 ...

Alimentazione

- All'arrivo in famiglia il tipo di alimentazione era adeguato all'età?

- SÌ

- NO

- (segnare i comportamenti presenti)

- Mangia da solo seduto a tavola

- aiutato _ si alza quando vuole

- usa le posate

- Cibi

preferiti.....

.....

- Cibi

rifiutati.....

.....

-

.....

Sonno

- Dorme senza difficoltà SÌ No

- Usa oggetti transizionali (pupazzo, ciuccio, altro..).....

- Il ritmo del sonno è regolare SÌ No

- Il ritmo del sonno è interrotto SÌ No

- Durante il sonno manifesta dondolio SÌ No

- Durante il sonno digrigna i denti SÌ No

- Altro specificare

- Il comportamento individuato si è presentato subito? SÌ No

-

Autonomia personale

- Sapete a quale età il bambino/a ha iniziato a camminare? SÌ No

- Se quando?.....

- Usa il ciuccio durante il giorno? SÌ No

- Succhia il dito durante il giorno? SÌ No

- Quali funzioni compie da solo?

- Vestirsi SÌ

- No Parzialmente

- Spogliarsi SÌ

- No Parzialmente

- Lavarsi Sì
- No Parzialmente
- Usare il bagno Sì
- No Parzialmente
- Altro
- Specificare.....
-

Vita relazionale

- Sapete a quale età in cui ha iniziato a parlare? Sì No
- Se quando?.....
- Parla con gli altri bambini? Sì No
- Parla con gli sconosciuti? Sì No
- Sa esprimere i suoi bisogni primari? Sì No
- Il linguaggio del bambino è comprensibile ai suoi familiari? Sì No
- Usa altri mezzi di comunicazione (gesti, segnali?) Sì No
- Ha occasione di incontrare altri bambini?
- In casa Sì No
- In casa di altri Sì No
- Al parco giochi Sì No
- Altro.....

Comportamenti relazionali

Con i bambini:

- Aspetta un po' prima di avvicinarsi
- Si avvicina con tranquillità
- Si avvicina con comportamenti aggressivi
- Specificare.....
- Cerca il contatto fisico
- Evita qualsiasi contatto
- Ha un atteggiamento di sfida
- Altro
-

Con gli adulti:

- Aspetta un po' prima di avvicinarsi
- Evita qualsiasi contatto
- Cerca il contatto fisico
- Si lascia coccolare
- Specificare.....

- Ha comportamenti aggressivi
- Ha un atteggiamento di sfida
- Altro

.....

Comportamenti problematici:

- Dondolii Sì No
- Fuga Sì No
- Tics Sì No Quali?.....
- Scatti d'ira Sì No
- Atteggiamenti autolesionisti Sì No
Quali?.....
- Enuresi diurna Sì No Conosce le motivazioni?.....
- Enuresi notturna Sì No Conosce le motivazioni?.....
- Ha atteggiamenti di sfida Sì No
- Ha un ritardo psicomotorio Sì No
- Ha un ritardo del linguaggio Sì No
- Altro. Specificare

.....

- Ci sono eventi del quotidiano che creano ansietà al bambino?
- si
quali?.....

.....

- Sì no
- Ci sono eventi del quotidiano che creano ansietà alla famiglia?
- si
quali?.....

.....

- Sì no
- Come reagisce il bambino/a di fronte ai NO dell'adulto?.....

.....

..

Ci sono episodi di frustrazione (avvilimento, rabbia, scoraggiamento) legati a

- Lingua Sì No
- Nazionalità Sì No
- Trattamenti somatici Sì No
- Colore della pelle Sì No

▪ **Altro**

.....
...**Note**.....

.....
...
.....
...
.....
...
.....
...
.....
...
.....
...
.....
...

Dirigente scolastico : prof.ssa Pia Colabella

Psicologa – psicoterapeuta – referente progetto adozione: dott.ssa Katia Coco

Psicologa – referente scuola primaria: dott.ssa Paola Stroppa

Come da verbale del Collegio del 26 Giugno 2013