

SCUOLA - FAMIGLIA

QUESTIONARIO GENITORI

Alunno _____

Classe _____

Cognome e nome del padre _____

Età _____ Professione _____ Titolo di studio _____

Cognome e nome della madre _____

Età _____ Professione _____ Titolo di studio _____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

FRATELLI	SORELLE	NONNI	ALTRI

1. AUTONOMIA

	sì	in parte	no
a. È autonomo nelle cose personali (alimentazione, igiene, abbigliamento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Riordina i materiali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chiede informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Si orienta negli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fa uso dei servizi (Uffici pubblici, negozi, bar, mezzi pubblici...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. RELAZIONALITÀ

	sì	in parte	no
a. Fa facilmente amicizia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rispetta le regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aiuta gli altri se richiesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Instaura rapporti positivi con gli adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. AUTOSTIMA

	sì	in parte	no
a. Affronta attività nuove con interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nell'esecuzione di un compito richiede conferme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sa tollerare situazioni di insuccesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sa riconoscerne le cause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Accetta di essere aiutato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cerca di migliorare le sue prestazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sa esprimere le sue emozioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ATTITUDINI

	sì	in parte	no
a. Dimostra interesse all'ascolto (racconti, vissuti...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ama raccontare le sue esperienze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sa organizzare il suo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Riesce a concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mostra curiosità verso il nuovo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prende iniziative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. INTERESSI

	sì	no
a. Ascolta musica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Suona uno strumento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sa usare il computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ama leggere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Preferisce disegnare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gli/le piace scrivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gli/le piace recitare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gli/le piacciono le attività manipolative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gli/le piacciono gli esperimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Guarda programmi televisivi (se sì, per quanto tempo durante la giornata_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Pratica sport (se sì, quali_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Ha altri interessi (se sì, quali_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. RAPPORTO CON LA SCUOLA

	sì	no
a. Va volentieri a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Racconta le attività che svolge a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Parla dei rapporti con i docenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Parla dei rapporti con i compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. È autonomo nei compiti a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Quali discipline preferisce (specificare)

g. Quali attività preferisce (specificare)

PROGRESS

punti di attenzione	RILEVAZIONE INIZIALE priorità	obiettivi	RILEVAZIONE INTERMEDIA priorità	RILEVAZIONE FINALE
1. AUTONOMIA PERSONALE				
2. AUTONOMIA SOCIALE				
3. RELAZIONALITÀ				
4. AUTOSTIMA				
5. ATTITUDINI				
6. INTERESSI				
7. RAPPORTO CON LA SCUOLA				

RILEVAZIONE FINALE

(questionario anonimo sul livello di soddisfazione)

1. **AREA AMMINISTRATIVA (organizzazione dei servizi)**
2. **STRUTTURE (stato e funzionalità)**
3. **RAPPORTI SCUOLA FAMIGLIA (informazione, partecipazione, rapporti genitori-docenti, genitori-Dirigente, genitori- personale ATA)**
4. **ATTIVITÀ FORMATIVE E DIDATTICHE (POF, orario obbligatorio, orario opzionale, attività, attività specifiche volte alla costruzione del Piano di Studio Personalizzato)**
5. **CLIMA (rapporti alunni-docenti, alunni-alunni, alunni personale ATA, regole)**
6. **ORIENTAMENTO/VALUTAZIONE (attività specifiche volte alla costruzione del portfolio)**