

SCUOLA DELL'INFANZIA _____

DI _____

Anno scolastico 20__/20____

Scheda di passaggio alla scuola primaria

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome _____

Nazionalità _____

Supporto Socio-Sanitario si ☐ no ☐

Alla data di ingresso alla scuola dell'infanzia aveva:

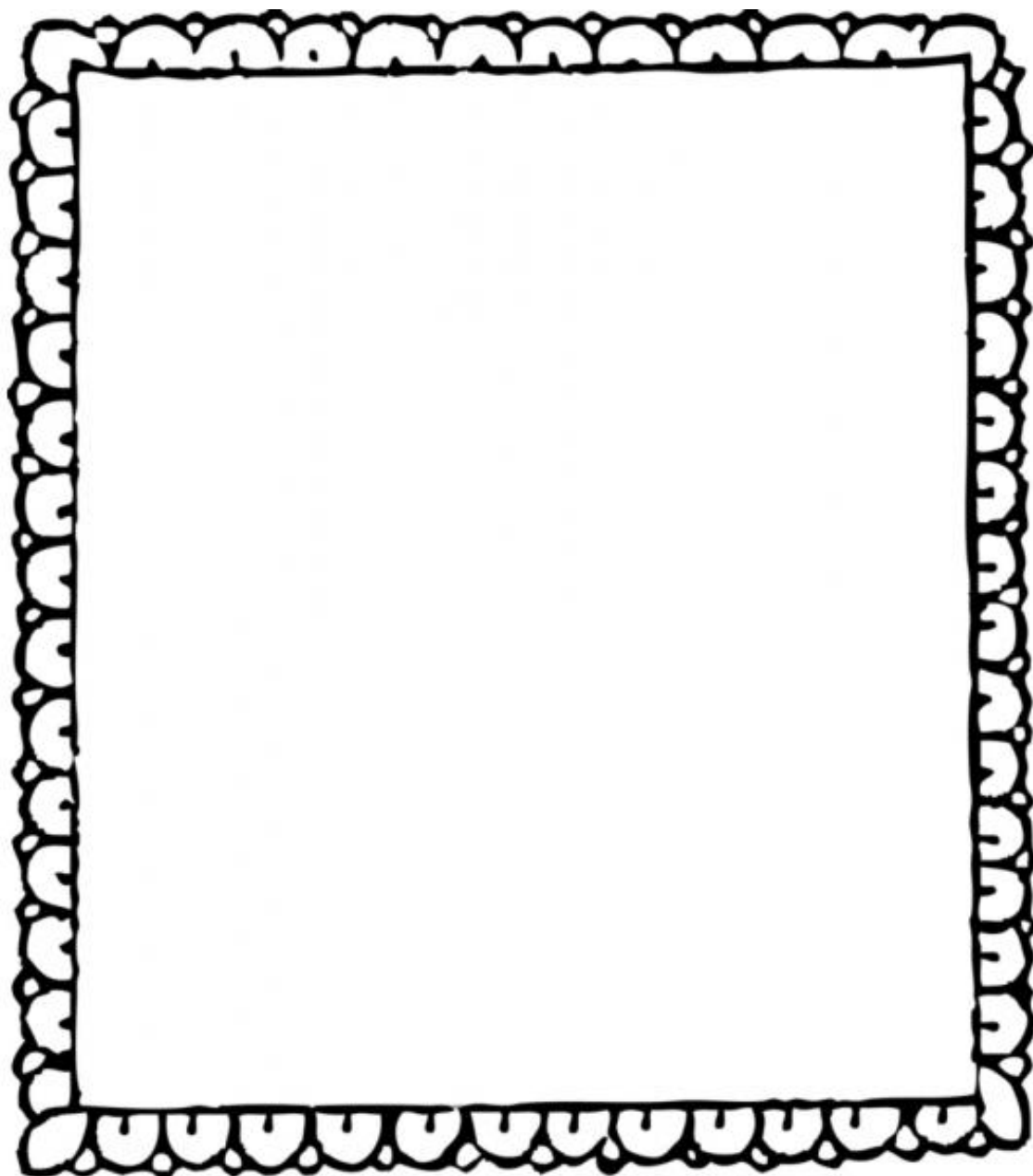
3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐

Ha frequentato con presenza	Regolare	Periodica	Saltuaria
1° Anno			
2° Anno			
3° Anno			

Insegnanti di classe: _____

NOTE _____

“CIAO, MI PRESENTO DISEGNANDOMI E SCRIVENDO IL MIO NOME”



AUTONOMIA

É autonomo nella cura della persona: Si ☐ No ☐ In parte ☐

É autonomo nella cura del materiale: Si ☐ No ☐ In parte ☐

Durante lo svolgimento delle attività:

- ☐ È autonomo
- ☐ A volte necessita dell'aiuto dell'insegnanti (non lo chiede)
- ☐ Chiede sempre l'aiuto delle insegnanti
- ☐ A volte chiede l'aiuto dell'insegnante

ANNOTAZIONI

RELAZIONE

Ha sviluppato il senso dell'identità personale Si ☐ No ☐ In parte ☐

Nei confronti delle regole scolastiche:

- ☐ Le conosce e le rispetta
- ☐ Non le rispetta
- ☐ Le rispetta con difficoltà

Coopera volentieri con i compagni Si ☐ No ☐ In parte ☐

Possiede autocontrollo nei rapporti con i compagni Si ☐ No ☐ In parte ☐

Il rapporto con le insegnanti è caratterizzato da:

- ☐ Sicurezza
- ☐ Collaborazione

- ☐ Scarsa collaborazione
- ☐ Timidezza
- ☐ timore

Durante il lavoro di gruppo:

- ☐ È collaborativo
- ☐ Ascolta senza intervenire
- ☐ È elemento di disturbo

Gioca

- ☐ Preferibilmente da solo
- ☐ Preferibilmente con alcuni compagni

- ☐ Con tutti i coetanei

ANNOTAZIONI

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA'

Partecipa attivamente Si ☐ No ☐ In parte ☐

Mantiene l'attenzione e riesce a concentrarsi per un tempo adeguato

Si ☐ No ☐ In parte ☐

Porta a termine un'attività intrapresa Si ☐ No ☐ In parte ☐

Svolge l'attività nei tempi stabiliti Si ☐ No ☐ In parte ☐

Dimostra interesse per l'attività proposta Si ☐ No ☐ In parte ☐

Svolge l'attività in modo:

- ☐ Creativo
- ☐ Impreciso
- ☐ Incompleto

☐ Corretto

COMPETENZE

Ascolto:

Presta attenzione ai messaggi verbali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Comprende le elementari consegne verbali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Comprende e ricorda il senso generale di una comunicazione (racconto, fiaba, spettacolo, rappresentazione.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>

Comunicazione:

Pronuncia correttamente le parole	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Denomina correttamente oggetti e situazioni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Si esprime utilizzando frasi complete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Utilizza il linguaggio verbale per esprimere i propri bisogni e raccontare esperienze vissute	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Utilizza altri canali di comunicazione (grafico, mimico)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Difficoltà fonetiche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>

Lettura:

Legge semplici immagini	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Legge e decodifica simboli vari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>

Spazio – tempo:

Sa riconoscere e ordinare sequenze temporali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Esplora gli oggetti e l'ambiente usando i diversi canali sensoriali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Riconosce le principali figure geometriche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
Colloca correttamente nello spazio se stesso e gli oggetti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>

Numero:

Confronta quantità	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Conta e rappresenta quantità	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Relazioni dati previsioni:

Compie classificazioni in base a due attributi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Compie seriazioni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Ricerca soluzioni a situazioni problematiche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Motricità:

Sa rappresentare la figura umana e denominare le parti

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Ha una buona coordinazione generale dei movimenti

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Ha una buona motricità fine	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Coordina i movimenti della mano	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Organizza lo spazio grafico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In parte <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Utilizza principalmente la mano destra ☐ o sinistra ☐

Eventuali problematiche specifiche

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le insegnanti