

ALLEGATO 2 Primo colloquio referente adozione - famiglia

(dati da tutelare secondo le modalità previste dalla Legge n. 675 del 31 dicembre 1996 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

1. **Dopo l'adozione è stato cambiato il nome?** NO SI

Se il nome attuale è in lingua straniera ...

la scrittura esatta è:

la pronuncia corretta e il suo significato (se noto) sono:.....

2. **Dopo l'adozione è stato aggiunto un altro nome?** NO SI

Quale?

3. **Come viene abitualmente chiamato/a vostro figlio/a in famiglia?**

.....

4. **Vostro/a figlio/a ha la conoscenza e/o percezione di:**

	si	no	in parte
quand'è nato/a			
dov'è nato/a			
dove vive (<i>se arriva da un altro Paese</i>) e dove abita ora			
essere diventato/a figlio/a attraverso l'adozione			
della sua storia passata			
della storia familiare adottiva			
del ricordo di legami con figure affettive (affidatari, fratelli ...)			
di essere stato eventualmente /a scolarizzato/a e del ricordo di legami e figure di riferimento			

Dal suo inserimento in famiglia quali sono i legami per lui più significativi oltre ai genitori/nonni (es: cuginetti, fratelli eventuali)? Quali?

.....

E al di fuori della famiglia?

.....

5. **Storia scolastica**

Quali scuole/classi ha frequentato in Italia?

.....

Quali scuole/classi ha frequentato nell'eventuale paese d'origine?

.....

Il percorso scolastico è stato continuativo? **NO** **SI**

Quale lingua o quali lingue conosce?

.....

Quale lingua o quali lingue parla in famiglia?

.....

Se la lingua d'origine è diversa dall'italiano, come la utilizza? (la rifiuta, la utilizza in maniera prevalente, la usa come intercalare)

.....

Quali preferenze, interessi o capacità particolari sono emersi a scuola?

.....

Quali difficoltà sono emerse a scuola?

.....

Quali preferenze, interessi o capacità particolari sono emersi nel privato e per ora sono rimasti esterni alla scuola?

6. **Dall'arrivo in famiglia il/la bambino/a frequenta attività ricreative quali:**

- ludoteche
- oratori
- attività sportive
- altro

E mezzi di riabilitazione quali:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> psicomotricità | <input type="checkbox"/> a scuola | <input type="checkbox"/> in privato | <input type="checkbox"/> in carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> logopedia | <input type="checkbox"/> a scuola | <input type="checkbox"/> in privato | <input type="checkbox"/> in carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> ippoterapia | <input type="checkbox"/> a scuola | <input type="checkbox"/> in privato | <input type="checkbox"/> in carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> musica, musico-terapia | <input type="checkbox"/> a scuola | <input type="checkbox"/> in privato | <input type="checkbox"/> in carico ai Servizi Territoriali |
| <input type="checkbox"/> altro | | | |

7. **Come valutate l'atteggiamento prevalente di vostro/a figlio/a di fronte a una nuova esperienza?**

Se **SI**, valutare su una scala da 1 a 7:

1. SOCIEVOLE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	
2. LEADER SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
Poco		2	3	4	5	6	7	Molto	
3. COLLABORATIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	
4. ISOLATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	
5. REATTIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	
6. PASSIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	

8. **Secondo voi vostro figlio è interessato a :** valutare ciascun item su una scala da 1 a 7:

1. Conoscere nuovi compagni									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	<input type="checkbox"/> non so
2. Conoscere nuove maestre									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	<input type="checkbox"/> non so
3. Apprendere nuove conoscenze									
Poco	1	2	3	4	5	6	7	Molto	<input type="checkbox"/> non so

Altro

9. Secondo voi vostro figlio/a preferisce interagire con:

valutare su una scala da 1 a 7:

1.	Coetanei	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>							
	Basso	1	2	3	4	5	6	7	Alto
2.	Bambini più piccoli	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>							
	Basso	1	2	3	4	5	6	7	Alto
3.	Bambini più grandi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>							
	Basso	1	2	3	4	5	6	7	Alto
4.	Adulti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>							
	Basso	1	2	3	4	5	6	7	Alto
5.	Figure femminili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>							
	Basso	1	2	3	4	5	6	7	Alto
6.	Figure maschili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>							
	Basso	1	2	3	4	5	6	7	Alto

10. Nella relazione vostro figlio/a predilige ...

- stare da solo
- stare in compagnia di adulti
- stare in compagnia di coetanei
- giocare ricercando un ruolo nel gruppo
- giocare evitando un ruolo nel gruppo
- condivide oggetti e strumenti
- prende iniziative, fa proposte, avanza richieste
- collabora
- cerca aiuto dai coetanei/dagli adulti
- accetta l'aiuto dei coetanei/degli adulti
- offre spontaneamente aiuto
- altro
- non lo so ancora

11. Come reagisce vostro figlio/a di fronte al successo ...

- esterna emozioni
- vuole condividere con gli adulti e con i coetanei
- accentra l'attenzione
- ha bisogno di essere contenuto
- si rinforza, aumenta la fiducia
- non si rinforza, non incrementa la fiducia
- sembra indifferente
- altro.....

12. Come reagisce vostro figlio/a di fronte all'insuccesso ...

- continua con ostinazione
- abbandona
- si ferma e rinuncia
- chiede aiuto
- tenta soluzioni diverse
- accetta suggerimenti
- diventa reattivo verso gli oggetti
- diventa reattivo verso le persone
- perde fiducia in se stesso
- si isola
- sembra indifferente
- altro
- non lo so ancora

13. Qual è la reazione di vostro figlio/a di fronte ad un disagio fisico e/o emotivo?

N.B. SPECIFICARE (ES. PIANGE DISPERATO QUANDO...)

- piange disperato/a
- si isola, chiudendosi nel mutismo
.....
- si isola, nascondendosi
.....
- si dondola, si ritrae, nasconde il volto
.....
- non piange mai
- diventa aggressivo/a
.....
- tende ad allontanarsi
.....
- rifiuta il contatto fisico
.....
- ricerca il contatto fisico
.....
- si mostra contrariato/a
- altro

14. **Ci sono eventuali comportamenti abituali e/o rituali che ritenete utili segnalarci?**

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

15. **In riferimento ad eventuali ansie e relative sue reazioni/modalità consuete ci sono strategie preventive o di intervento che ritenete utile segnalare?**

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

16. **In riferimento al rapporto con l'alimentazione di vostro figlio ci sono eventuali aspetti o ritualità che ritenete utili segnalarci? (usi, gusti, abitudini relative alle proprie origini, accettazione della nostra cultura/varietà alimentare, capacità e volontà dell'uso delle posate ...).**

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

Data di compilazione: /__/__/ __/__/ __/__/__/__/

Scheda compilata da:
