



Autismart Kangaroo Summer Lab 2019

Carissimi genitori,

vi ringraziamo anticipatamente di aver aderito alla proposta estiva della nostra associazione. La nostra squadra è molto entusiasta e in trepidante attesa di iniziare questa nuova stupenda avventura insieme ai vostri figli. Abbiamo lavorato con professionalità e impegno per potervi garantire un buon servizio estivo.

Questa edizione di Kangaroo Summer Lab inclusivo prevede l'inserimento di massimo 12 bambini con autismo.

Questo numero limitato ci consentirà di seguire ogni bambino con educatore specializzato in ASD in rapporto 1:2.

Il questionario ha il solo scopo di consentire allo psicologo che coordinerà il gruppo educatori, di formare un gruppo omogeneo per caratteristiche ed esigenze in modo da garantire un ambiente il più idoneo possibile al vostro bambino/a.

Il questionario è composto da due parti: nella prima parte vi chiediamo di segnalare le preferenze di vostro figlio/figlia mentre la seconda parte è a scelta multipla ed è relativa ad alcune aree dello sviluppo (comunicazione, autonomie e relazioni sociali).

Vi ringraziamo per la vostra collaborazione.

Speriamo in un successo di richieste che ci consenta di offrirvi sempre il meglio anche negli anni futuri!

Lo staff Autismart KLS

*Il modulo compilato in ciascuna parte,
va spedito via mail a: autismart2017@gmail.com*

Per ulteriori informazioni:

334 6724517 - 329 1826751

Nome del bambino:

.....Età:.....

Nome dei genitori:

Data della

compilazione:..... Contatti

telefonici:

Quali sono i CIBI/BEVANDE preferite da vostro figlio/figlia?

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

Quali sono i GIOCHI preferiti da vostro figlio/figlia?

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

Quali sono i PROGRAMMI TV/CARTONI preferiti da vostro figlio/figlia?

.....
.....

Quali sono le ATTIVITA' ALL'APERTO/SPORT preferite da vostro figlio/figlia?

.....

.....

.....

Altro.....

.....

.....

.....

Ci sono momenti di difficile gestione di vostro figlio/figlia? Che comportamenti mette in atto? In quali situazioni?

.....

.....

.....

Vostro figlio/figlia ha problemi legati all'alimentazione?

.....

.....

.....

Vostro figlio/figlia sta già ricevendo una terapia? Se sì, quale e dove?

.....

.....

.....

COMUNICAZIONE

	SEMPRE	A VOLTE	RARAMENTE
Risponde quando chiamato			
Comprende ed esegue semplici istruzioni			
Risponde a semplici domande (es. cosa vuoi?)			
Richiede spontaneamente			
Chiede una pausa quando è stanco			
Fa domande			
Comunica se prova dolore			

Note:

.....

.....

.....

AUTONOMIE PERSONALI

	SEMPRE	A VOLTE	RARAMENTE
Mangia in autonomia utilizzando le posate			
Toglie i vestiti in autonomia			
Si veste in autonomia			
Chiede di poter utilizzare il bagno quando ne ha bisogno			
Utilizza in modo indipendente il bagno			

Note:

.....

.....

.....

GIOCO E INTERAZIONI SOCIALI

	SEMPRE	A VOLTE	RARAMENTE
Intraprende attività di gioco/svago da solo			
Fa semplici giochi da tavolo			
Condivide con altri bambini giochi o oggetti			
Gioca in modo interattivo con altri bambini			

Ascolta e presta attenzione per almeno 5 minuti			
---	--	--	--

Sa richiamare l'attenzione dell'adulto o di un pari			
---	--	--	--

Note:

.....

.....

.....

Vostro figlio/figlia viaggia in mezzi di trasporto con persone diverse dai genitori in modo composto e tranquillo per un tragitto di ca 45 minuti? Allaccia la cintura di sicurezza senza opporre resistenza?

Sì

NO

Note:

.....

.....

.....