

SCHEDA TECNICA DI VALUTAZIONE PER L'UTENZA

Nido..... di:

Il bambino che frequenta il nido è Maschio Femmina

Età (in mesi):

Da quanto frequenta il nido?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. All'interno del nido sono presenti le tabelle dietetiche Asl? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. All'interno del nido è presente il "Carta dei Servizi"? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. All'interno del nido sono presenti il "Progetto educativo" e la "Programmazione annuale"? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Gli spazi interni sono strutturati (zona gioco, zona pasto, zona nanna...)? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Nelle attività proposte è rispettata abitualmente la divisione dei bambini in gruppi omogenei per fascia di età: piccoli, medi, grandi? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. È individuata la figura dell'educatrice di riferimento? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. Una giornata "tipo" al nido prevede le seguenti situazioni: routine, gioco libero, attività strutturate. Tale impostazione è seguita correttamente? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. I menù giornalieri programmati sono rispettati? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. È soddisfatto/a del grado di familiarità raggiunto dal Suo bambino con: | | |
| - gli spazi interni ed esterni? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - l'educatrice di riferimento? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - i bambini presenti? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - le attività proposte? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. L'inserimento del Suo bambino si è svolto regolarmente nei tempi previsti? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. L'inserimento del suo bambino si è svolto con le modalità di accoglienza valutate assieme al personale educativo della struttura? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. La coordinatrice garantisce la funzionalità educativa ed organizzativa del nido? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. Le modalità ed i tempi di accesso al servizio sono rispettati? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 15. È stato semplice compilare la domanda di iscrizione al nido? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 16. Le informazioni ricevute sono state chiare ed esaurienti? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 17. L'orario di apertura al nido a tempo pieno e par-time è rispettato? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

18. Ce un diretto ed efficace scambio di informazioni con il personale del nido, anche al fine di assicurare la continuità educativa nido-famiglia? Si No

19. Si tiene regolarmente l'assemblea annuale dei genitori? Si No

20. Nella struttura è presente un apposito spazio per le informazioni e comunicazioni principali ai genitori? Si No

21. Il nido è dotato di spazi esterni, attrezzati per le attività all'aperto?
Si No

22. Ha riscontrato l'esistenza nel nido di eventuali barriere architettoniche?
Si No

23. I locali del nido si presentano puliti e curati? Si No

24. Siete interessati alla possibile apertura nel mese di agosto, dalle 8.30-12.30 senza il pasto?

Si No

25. Per quali settimane? 1 2 3 4

26. Vostri reclami, segnalazioni di disservizi, proposte e suggerimenti