

Progetto



"Quo vadis? Laboratorio di ricerca azione per l'orientamento alla persona"

VERBALE N. 4

Il giorno 5/12/06 alle ore 16,00 presso L'ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

si sono riuniti i seguenti componenti del Gruppo di Progetto:

DOTT.SSA PILLA MARIA, DOTT. DE MARCO ROSARIA, PROF. FORNICA
EMILIA

con i seguenti obiettivi:

ELABORAZIONE QUESTIONARIO ALUNNI E FAMIGLIE

Dopo ampia discussione, sono emerse le seguenti proposte:

L'IDEA PROGETTUALE VIENE CONFERMATA QUALE POSITIVA IN
CONSIDERAZIONE DEL CONFRONTO QUANTO MAI PROFICUO TRA
I DIVERSI ENTI INTERESSATI: PIENA RISULTA ESSERE LA
CONSONANZA DI OBIETTIVI, METODOLOGIE E STRUMENTI.

Vengono quindi prese dal Gruppo le seguenti decisioni:

- I DUE QUESTIONARI ELABORATI, DOPO LE OPPORTUNE MODIFICHE, SARANNO MESSI A DISPOSIZIONE DELL' ISTITUTO SCOLASTICO CHE PROVVEDERA' ALLA SOMMINISTRAZIONE, RACCOLTA ED ELABORAZIONE DEI DATI;
- DEI DUE ELABORATI VIENE RICHIESTA L'ELABORAZIONE SU SUPPORTO INFORMATICO PER UNA PIU' PRATICA GESTIONE DELL'INTERA PROCEDURA.
- I RISULTATI RACCOLTI SARANNO POI MESSI A DISPOSIZIONE DI TUTTI E TRE GLI ENTI INTERESSATI.

Conclusasi la discussione, viene redatto il seguente verbale letto e sottoscritto da tutti i presenti. La riunione termina alle ore 17,00.

Il Gruppo di Progetto

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
DOTT. PILLA MARIA

DOTT. DE MARIO ROSARIA

PROF. FORNICA EMILIA

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
Eulie Forneria

Allegati al presente verbale: ALL. n. 1: BOZZA QUESTIONARI (pag. 12)

PROGETTO QUO VADIS "LABORATORIO DI RICERCA/AZIONE PER
L'ORIENTAMENTO ALLA PERSONA "
QUESTIONARIO ALUNNI E I LORO BISOGNI

ALL. N. 1
VERBAUS u. 4
DEL 5/12/06

M F ~~NOME.....~~ ~~COGNOME.....~~ DATA DI NASCITA.....

TU E LA SCUOLA

DA QUALE SCUOLA PROVIENI?

L'ORIENTAMENTO

1. NEL DECIDERE QUALE ISTITUTO SUPERIORE FREQUENTARE (MAX.2 risposte)

- Hai scelto autonomamente
 - Ti sei adeguato alle scelte fatte dalla maggioranza dei tuoi compagni
 - Sei stato consigliato dagli insegnanti
 - Sei stato consigliato dai genitori
 - Sei stato sollecitato a visitare gli istituti superiori
- Se si, quali _____

2. PERCHE' HAI SCELTO QUESTA SCUOLA? (max. 3 risposte)

- Interesse per le materie di studio
- Interesse per i progetti proposti dal Piano per l'Offerta Formativa
- Interesse per l'informatica
- Interesse per le lingue
- Interesse per le materie scientifiche
- Perché offre migliori prospettive di lavoro
- Perché offre maggiori possibilità di scelte universitarie

3. COSA TI ASPETTI DA QUESTA SCUOLA? (max.4 risposte)

- una buona cultura di base
- una competenza informatica elevata
- una competenza linguistica elevata
- una competenza professionale elevata
- un buon inserimento nel mondo del lavoro
- un buon inserimento nel mondo universitario
- buone relazioni interpersonali
- la valorizzazione delle mie capacità e dei miei interessi

IL CLIMA SCOLASTICO

1. AL MATTINO, QUANDO TI SVEGLI E TI PREPARI PER ANDARE A SCUOLA(1 risp.)

- sei contento e pieno di voglia di fare
- sei abbastanza sereno
- non sei né contento né scontento
- sei abbastanza triste e preoccupato

2. DURANTE LE LEZIONI IN GENERE TI SENTI: (1 risp.)

- teso e preoccupato di non capire
- attento e interessato
- poco interessato

3. HAI INCONTRATO-DIFFICOLTA' NEL CORSO DEGLI ANNI SCOLASTICI PRECEDENTI?

- No
- Sì, nello studio
- Sì, nel rapporto con i compagni
- Sì, nel rapporto con gli insegnanti

4. IL TUO ATTEGGIAMENTO VERSO I COMPAGNI: (max.3 risp.)

- Sei introverso e/o chiuso
- Sei estroverso e/o aperto
- Lavori volentieri in gruppo
- Nel gruppo tendi alla collaborazione e al rispetto degli altri
- Nel gruppo tendi a fare a modo tuo; gli altri si adegueranno
- Nel gruppo tendi a stare per conto tuo; ti adegui alle decisioni degli altri

5. TI CAPITA DI NON COMPRENDERE QUALCOSA DURANTE LA SPIEGAZIONE: COSA FAI? (1 risp.)

- Interrompi subito l'insegnante per chiedere spiegazioni
- Aspetti la fine della lezione per avere i chiarimenti di cui hai bisogno
- Preferisci chiedere chiarimenti a qualche tuo compagno/a
- Non chiedi nulla perché temi di essere giudicato/a male
- Non chiedi nulla perché pensi di chiarire i tuoi dubbi con lo studio a casa

IL METODO DI STUDIO

6. IN QUALE AREA DIDATTICA DI SOLITO INCONTRI DIFFICOLTA':

- nell'area linguistico-letteraria
- nell'area logico-matematico-scientifica
- nell'area tecnico-operativa
- in nessuna delle tre aree

7. NELLO STUDIO CHE TIPO DI DIFFICOLTÀ INCONTRI ? (max. 2 risp.)

- Nessuna difficoltà
- Fai fatica a capire le spiegazioni dell'insegnante
- Fai fatica a capire il testo
- Non ti sai esprimere bene
- Hai difficoltà a ricordare quello che studi
- Fai fatica a prendere appunti
- Fai fatica a riassumere e/o schematizzare

8. QUANTO TEMPO DEDICHI ALLO STUDIO OGNI GIORNO? (1 risp.)

.....

9. RIESCI A CONCENTRARTI NELLO STUDIO SENZA DISTRAZIONI PER:

- 15 minuti
- 30 minuti
- 1 ora
- 2 ore circa

10. COME STUDI ABITUALMENTE? (max.2 risp.)

- Da solo
- Con compagni di scuola
- Con un familiare

11. SECONDO LA TUA OPINIONE, CHE COSA TI AIUTA AD APPRENDERE MEGLIO? (max.3 risp.)

- La lezione dell'insegnante
- Gli schemi alla lavagna o fotocopiati
- I lavori di gruppo
- Le esercitazioni guidate
- Tenere in ordine libri e quaderni
- I compiti a casa

- La collaborazione con uno o più compagni
- La collaborazione con uno o con entrambi i genitori

L'AUTOVALUTAZIONE

12. I RISULTATI DEL TUO STUDIO PENSI CHE SIANO: (1 risp.)

- insoddisfacenti
- modesti
- buoni
- ottimi

13. I RISULTATI DEL TUO STUDIO PENSI CHE SIANO DOVUTI: (1 risp)

- al tuo impegno
- alla possibilità di avere a disposizione altro materiale di studio oltre a quello scolastico
- alla difficoltà delle materie
- alla tua preparazione precedente

14. QUANDO INCONTRI UNA DIFFICOLTÀ CHE FAI? (1 risp.)

- Ti scoraggi
- Cerchi di aggirarla e di rimandarne la risoluzione di giorno in giorno
- La affronti con determinazione, contando sulle tue forze
- Chiedi aiuto
- La condividi con persone amiche

15. STUDI PER: (1 risp.)

- soddisfazione personale
- far contenti i genitori
- essere gratificato dagli insegnanti
- ottenere buoni voti
- per la tua futura carriera

COME SEI

16. COME SEI?

	sempre	quasi sempre	quasi mai	mai
a) Ti piaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Partecipi costruttivamente alle discussioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Interrompi gli altri mentre parlano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Accetti facilmente le regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ti adatti ad ogni situazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sostieni le tue opinioni anche se ti può creare tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Modifichi le tue opinioni per uniformarti al gruppo e essere accettato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. PREFERISCI:

- Avere molti amici
- Avere pochi amici scelti
- Stare solo/a

18. SE PREFERISCI STARE SOLO/A È PERCHÉ:

- Non hai punti di riferimento
- Avverti mancanza di affetto
- non credi nell'amicizia

dagli amici hai avuto molte delusioni

19 QUANTO TEMPO DEDICHI AL TUO TEMPO LIBERO

1 ora 2 ore 3 ore 4 ore più di 4 ore

20 COME OCCUPI PREFERIBILMENTE IL TUO TEMPO LIBERO? (1 risp.)

Al computer
 Ascolti musica o suoni strumenti musicali
 Guardi la televisione

Al bar/ in sala giochi/in discoteca
 In associazioni/gruppi sociali o religiosi
 Fai sport
 Passeggi

21 I TUOI MIGLIORI AMICI SONO: (max.2 risp.)

i compagni di scuola
 i compagni di scuola, con cui mi vedo anche fuori della scuola
 amici estranei al mondo della scuola
 i tuoi fratelli
 i tuoi genitori

22 PREFERISCI COLTIVARE AMICIZIE CON (max. 2 risp.)

coetanei
 ragazzi più grandi di te
 ragazzi più piccoli di te
 ragazzi vivaci ma seri
 ragazzi posati e seri
 ragazzi amanti del rischio e di esperienze nuove

TU E LA TUA FAMIGLIA

23 CON I TUOI GENITORI COMUNICHI

poco abbastanza molto

24. L'EDUCAZIONE DEI TUOI GENITORI È

- troppo rigida
- troppo permissiva
- buona

PR Intervista fenomeno

INCHIESTA SULLA FAMIGLIA

"A" DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome.....

Nato a.....il.....età.....

Residente a.....Via.....n°.....

Comune di provenienza.....Prov.....Stato.....Tel.....

Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe	<input type="checkbox"/> Nubile
	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Vedovo/a
	<input type="checkbox"/> Separato/a	<input type="checkbox"/> Divorziato/a
	<input type="checkbox"/> Convivente	<input type="checkbox"/> Madre nubile
	<input type="checkbox"/> Single	

"B" SCHEDA ANAGRAFICA

Grado di parentela	Cognome	Nome	Età

"C" TITOLO DI STUDIO DEL NUCLEO FAMILIARE

Nucleo familiare	Analfabeta	Licenza elementare	Licenza media	Diploma superiore	Laurea
Padre					
Madre					
I° figlio					

II° figlio					
III° figlio					
IV° figlio					
V° figlio					
Altro					

“D” LIVELLO DI OCCUPAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Nucleo familiare	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Part-time	Disoccupato	Dal - al

“E” AREA DEL DISAGIO

Ritenete di trovarsi in situazione di disagio? SI NO

Se Sì, per quali motivi?	<input type="checkbox"/> Problemi di salute
	<input type="checkbox"/> Perdita di lavoro
	<input type="checkbox"/> Morte del coniuge
	<input type="checkbox"/> Accentuata situazione debitoria
	<input type="checkbox"/> Coniuge detenuto
	<input type="checkbox"/> Ragazza madre
	<input type="checkbox"/> Separazione
	<input type="checkbox"/> Convivente con handicap
E' aiutato economicamente da:	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Figli
	<input type="checkbox"/> Nonni
	<input type="checkbox"/> Genitori
	<input type="checkbox"/> Parrocchie
	<input type="checkbox"/> Associazione di volontariato
	<input type="checkbox"/> Servizi sociali
<input type="checkbox"/> Altro	

Ritiene d'averne problemi? SI NO

Se SI, quali?

- Di tipo Psicologico
- Alcool-correlati
- Tossicodipendenza
- Senzatetto
- Altro

Nella gestione di questi problemi siete aiutati da:

- Enti pubblici
- Enti privati
- Organizzazioni di volontariato
- Parrocchie
- Parenti
- Amici
- Altro

Ritiene che l'ambito familiare sia ancora il luogo più sicuro per accompagnare la crescita della persona anche nei momenti di disagio? SI NO

Se SI, perché?

- In famiglia ci sosteniamo reciprocamente
- In famiglia parliamo volentieri dei nostri problemi personali
- Se in famiglia sorge un problema ne discutiamo a fondo
- Ognuno rispetta le opinioni degli altri familiari anche se diverse dalle proprie

Se No, perché?

- E' difficile parlare in famiglia di ciò che ci preoccupa
- In famiglia non c'è collaborazione
- In famiglia parliamo poco perché non ci si ascolta
- Il disagio economico è motivo di conflitto all'interno della famiglia

“F” CONDIZIONE ABITATIVA

In quale quartiere vive?	<input type="checkbox"/> Centro storico
	<input type="checkbox"/> Porta Croce
	<input type="checkbox"/> Porta San Severo
	<input type="checkbox"/> Porta Foggia
	<input type="checkbox"/> Zona 167
	<input type="checkbox"/> Lucera 2
	<input type="checkbox"/> Contrada:

Abita in una casa:	<input type="checkbox"/> Di sua proprietà
	<input type="checkbox"/> In affitto
	<input type="checkbox"/> Casa popolare

La casa in cui vive:	<input type="checkbox"/> Appartiene ad un condominio SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Piano
	<input type="checkbox"/> Con ascensore
<input type="checkbox"/> Senza ascensore	

Come considera l'alloggio in cui vive?	<input type="checkbox"/> Adeguato
	<input type="checkbox"/> Inadeguato

“G” CONSUMI, INFORMAZIONI E INTERESSI CULTURALI

La famiglia possiede un computer?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Se SI, per quali scopi lo utilizza?	<input type="checkbox"/> Lavoro
	<input type="checkbox"/> Studio
	<input type="checkbox"/> Gioco

Ha il collegamento a internet?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	---

Se SI, quanto tempo dedica alla navigazione in internet?	<input type="checkbox"/> meno di 30 min. al giorno
	<input type="checkbox"/> da 30 a 60 min. al giorno
	<input type="checkbox"/> più di 60 min. al giorno

Quali altri strumenti telematici possiede?	<input type="checkbox"/> Lettore CD
	<input type="checkbox"/> Videoregistratore
	<input type="checkbox"/> Telecamera
	<input type="checkbox"/> DVD

Quale utilizza abitualmente?.....

Compra libri e giornali? SI NO

Se SI, quali?	<input type="checkbox"/> Libri scolastici
	<input type="checkbox"/> Libri non scolastici
	<input type="checkbox"/> Giornali settimanali
	<input type="checkbox"/> Riviste
	<input type="checkbox"/> Quotidiani
	<input type="checkbox"/> Quotidiani non sportivi

Di quali servizi culturali fruisce?	<input type="checkbox"/> Cinema
	<input type="checkbox"/> Visita mostre
	<input type="checkbox"/> Visita musei
	<input type="checkbox"/> Conferenze
	<input type="checkbox"/> Concerti
	<input type="checkbox"/> Spettacoli teatrali

“H” QUALITA’ URBANA E SICUREZZA

Come giudicate i servizi di trasporto e collegamento pubblici nella zona in cui vive?	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacenti
	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacenti
	<input type="checkbox"/> Insoddisfacenti
	<input type="checkbox"/> Non sappiamo, perché ce ne serviamo raramente

Li ritiene “insoddisfacenti” perché i servizi sono:	<input type="checkbox"/> Assenti
	<input type="checkbox"/> Vi sono pochi mezzi
	<input type="checkbox"/> Vi sono poche corse
	<input type="checkbox"/> I collegamenti sono insufficienti
	<input type="checkbox"/> Gli orari sono scomodi

“I” LUOGHI DI INCONTRO, SERVIZI E STRUTTURE

Quali sono i luoghi abituali di incontro e/o di svago, per il tempo libero, dei ragazzi nel vostro quartiere?	<input type="checkbox"/> Oratorio parrocchiale
	<input type="checkbox"/> Giardinetti
	<input type="checkbox"/> Piazza
	<input type="checkbox"/> Strada
	<input type="checkbox"/> Bar, Pub, Paninoteche
	<input type="checkbox"/> Sala giochi
	<input type="checkbox"/> Campo sportivo
	<input type="checkbox"/> Circoli e Associazioni
<input type="checkbox"/> Altro	

Complessivamente, come giudicate il vostro quartiere in fatto di servizi?	<input type="checkbox"/> Molto ben servito
	<input type="checkbox"/> Servito abbastanza bene
	<input type="checkbox"/> Servizi appena sufficienti
	<input type="checkbox"/> Ha servizi carenti
	<input type="checkbox"/> Molto mal servito

“L” SICUREZZA

A quale dei seguenti rischi si sente più esposta la sua famiglia?	<input type="checkbox"/> Piccola delinquenza
	<input type="checkbox"/> Violenza criminale

Ritiene il suo quartiere :	<input type="checkbox"/> Poco sicuro
	<input type="checkbox"/> Abbastanza sicuro
	<input type="checkbox"/> Molto sicuro

Ritiene il suo quartiere poco sicuro, perché:	<input type="checkbox"/> Presenza di troppi giovani sbandati
	<input type="checkbox"/> Scarsa presenza attiva di vigili urbani
	<input type="checkbox"/> Insufficiente presenza di polizia e carabinieri
	<input type="checkbox"/> Eccessiva presenza di immigrati clandestini

In relazione all'emergenza droga e al consumo di alcool, lei ritiene il suo quartiere:	<input type="checkbox"/> Poco sicuro
	<input type="checkbox"/> Abbastanza sicuro
	<input type="checkbox"/> Molto sicuro

Ritiene che per combattere efficacemente tale emergenza occorra:	<input type="checkbox"/> Assicurare i giovani alla scuola e al lavoro
	<input type="checkbox"/> Investire risorse nella lotta contro il traffico e lo spaccio di stupefacenti
	<input type="checkbox"/> Essere più severi nell'applicazione delle leggi
	<input type="checkbox"/> Avere fiducia nei programmi di prevenzione scolastica

"M" RAPPORTO SCUOLA/FAMIGLIA

Grado di soddisfazione dei genitori

In che misura ritenete che siano utili le attività svolte dalla scuola per la formazione di Vs. figlio/a?	Poco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Abbastanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Molto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quanto vi ritenete soddisfatti della preparazione raggiunta da Vs. figlio/a nelle varie discipline scolastiche:	Poco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Abbastanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Molto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In che misura ritenete che il livello di difficoltà dei contenuti delle discipline scolastiche presentati a vs. figlio/a sia adeguato al percorso formativo fin qui svolto?	Poco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Abbastanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Molto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In che misura ritenete che l'Organizzazione del Tempo-Scuola abbia rispettato le esigenze di Vs. figlio/a	Poco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Abbastanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Molto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quanto siete ^{Viaggi d'istruzione attivati dalla} soddisfatti della scuola che frequenta Vs. figlio/a?	Poco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Abbastanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Molto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quanto siete soddisfatti della scuola che frequenta Vs. figlio/a?	Poco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Abbastanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Molto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Partecipazione dei genitori

Controllate se Vs. figlio/a utilizza in modo corretto il libretto delle assenze	Sempre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Qualche volta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Mai	<input type="checkbox"/>	
Partecipate alle riunioni in cui è prevista dalle norme vigenti la V/s presenza ?	Sempre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Qualche volta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Mai	<input type="checkbox"/>	
Vi presentate ai colloqui per assumere informazioni sull'andamento didattico e disciplinare di V/s figlio/a ?	Sempre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Qualche volta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Mai	<input type="checkbox"/>	
Utilizzate gli strumenti e i mezzi di comunicazione messi a disposizione dell'Istituto per facilitare le comunicazioni (telefono, fax, sito internet, libretto dello studente)	Sempre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Qualche volta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Mai	<input type="checkbox"/>	

*I dati personali forniti attraverso il presente questionario, potranno formare oggetto di trattamento manuale e/o informatizzato; in ogni caso essi saranno trattati in modo da garantire la sicurezza e riservatezza ai sensi della legge 675/96. Titolare dei suddetti trattamenti è il comune di Lucera

QUESTIONARIO PER LE FAMIGLIE

A. → OK (solo scuola 1)

B. → aggiungere (~~de~~ ~~o~~ ~~ut~~) aggiungere Scuola Superiore

C. → eliminare ^{Scuola superiore che attualmente prepara} ^{il} ^{raffronto} delle attività didattiche offerte dalla ^{Scuola attualmente frequentate da noi pprio?}

D. → OK

E. → OK

F. → OK

G. → OK (aggiungere: le sue aspettative nei confronti delle ~~qualità~~ qualità dei servizi ricevuti offerti del territorio?)

QUESTIONARIO PER GLI ALUNNI

ABRAHAM MASLOW:

- BISOGNI FISIOLOGICI: sopravvivenza (cibo, acqua, ecc.)
- BISOGNI DI SICUREZZA: protezione (lesioni, malattie, ecc.)
- BISOGNI DI APPARTENENZA E AMORE: (vivere in piena armonia di coppia e di affetto)
- BISOGNI DI STIMA: (riconoscimento e considerazione da parte degli altri e di se stessi)
- BISOGNI DI REALIZZAZIONE: (necessità e desiderio di realizzare le proprie potenzialità)

- LA TUA FAMIGLIA È COMPOSTA DA ...

- QUALE ATTIVITÀ LAVORATIVA SVOLGE TUO PADRE?

- " " " " " " TUA MADRE?

- QUANTE ORE AL GIORNO LAVORA TUO PADRE?

- " " " " " " MADRE?

- QUANDO TORNI A CASA PRANZI:

- da solo

- con papà

- con mamma

- con papà e mamma

- con papà e mamma e un/a fratello/sorella

- " " " " " " un/a zia

- con tutte le persone

- QUANDO CENI A CASA LO FAI:

-
-
-

- QUANDO NON STAI BENE FISICAMENTE LO DICI: - QUANDO HAI UN PROBLEMA LO DICI A:

- SE HAI BISOGNO DI AIUTO NELLO SVOLGERE I COMPITI SCOLASTICI ~~TE~~ RIVOLGI A

-
-
-

- I TUOI AMICI PENSANO CHE TU SIA: - I TUOI INSEGNANTI PENSANO CHE TU SIA

- simpatico

- calmo

- introverso

- estroverso

- sereno

- burloso

- timido

- stupido

- svagato

- furbo

- opportunist

- affidabile

- TU SEI:

-
-
-