



Questionário para Pais de Novos Alunos

Caro(a) pai, mãe ou responsável,

Este questionário foi elaborado para nos ajudar a entender o seu filho o máximo possível, a fim de facilitar sua entrada bem-sucedida na escola. Fique à vontade para adicionar qualquer informação adicional sobre o seu filho que possa ser útil para esse objetivo. Responda apenas às perguntas que desejar. Todas as informações serão mantidas confidenciais.

Data de hoje _____

Escola de entrada _____

Nome completo da criança _____

Nome

Nome do meio

Sobrenome

Data de nascimento _____ Local de nascimento _____

Família:

Pessoa preenchendo este formulário Pai Mãe Outra pessoa

Endereço _____ Telefone _____

Nome do pai _____ Data de nascimento _____

Local de nascimento _____ Ocupação _____

Nome da mãe _____ Data de nascimento _____

Local de nascimento _____ Profissão _____

Estado civil dos pais (casados, divorciados, etc.)

Quem tem a guarda legal? _____

Se os pais são separados, qual é a programação de visitas do outro genitor?

Questionário para Pais de Novos Alunos

Página 2

Crianças: Enumere abaixo seus filhos na ordem em que nasceram, começando com os mais velhos. Inclua a criança que você está trazendo para matricular em sua ordem correta na lista.

Nome	Sexo	Data de nascimento	Escola	Série:	Adotado(a)/data
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Há alguma criança em casa com problemas especiais (ou seja, médicos, emocionais, disciplinares ou relacionados ao desempenho escolar)? Se respondeu Sim, enumere todas as crianças e explique:

Alguma outra pessoa mora em sua casa? Se respondeu Sim, quem e há quanto tempo?

Experiência anterior da criança em programas de creche e/ou escolinhas:

Local	De (Data)	Até (Data)
-------	-----------	------------

Idioma diferente do inglês que é falado com a criança: _____

Quase o tempo todo Frequentemente Ocasionalmente

Quais membros da família conversam com a criança nesse idioma? _____

Os interesses e atividades especiais do seu filho são:

Considerações domésticas especiais que podem interferir no desempenho de seu filho na escola:

Descreva as habilidades sociais do seu filho (capacidade de fazer amigos, se dar bem com outras crianças, etc.).

Qual matéria você acha que é a melhor matéria acadêmica de seu filho?

Qual matéria você acha que é a matéria de que seu filho gosta menos?

Descreva as atividades favoritas do seu filho em seu tempo livre (ler, assistir TV, brincar ao ar livre, etc.)

Descreva qualquer problema de seu filho que possa interferir com o seu sucesso na escola (acadêmico, social, emocional, físico, doméstico, etc.) _____

Enumere todas as mudanças nos últimos cinco anos:

Verifique se seu filho tem alguma das condições abaixo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fuge de casa | <input type="checkbox"/> Tem ansiedade geral |
| <input type="checkbox"/> Faz xixi na cama | <input type="checkbox"/> Tem dores de cabeça |
| <input type="checkbox"/> Faz birra | <input type="checkbox"/> Tem dores de estômago |
| <input type="checkbox"/> Rói as unhas | <input type="checkbox"/> Tem medos/Fobias |
| <input type="checkbox"/> Tem pesadelos | <input type="checkbox"/> É dependente demais |
| <input type="checkbox"/> Tem ressentimento | <input type="checkbox"/> É hipersensível |
| <input type="checkbox"/> É solitário | <input type="checkbox"/> É destrutivo |
| <input type="checkbox"/> É hiperativo | <input type="checkbox"/> Tem depressão |
| <input type="checkbox"/> É autocrítico | |

Adicione qualquer informação ou comentário que você gostaria de incluir neste formulário em relação a qualquer uma das condições mencionadas acima. Use o verso do papel, se necessário:

Hábitos ao ir para cama/dormir:

Adormece em um tempo razoável Sim Não

Se respondeu Não, explique:

Acorda durante a noite Sim Não

É sonâmbulo Sim Não

Fala durante o sono Sim Não

Itens diversos:

O seu filho:

- | | |
|--|---|
| • Assiste mais de 3 horas de TV por dia? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Liga a TV com um volume muito alto? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Diz "o quê?" o tempo todo | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Senta-se muito perto da tela da TV? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

Histórico da Família Estendida (primos, tias, tios, pais, etc.):

Algum familiar tem algum dos itens a seguir e, caso afirmativo, explique brevemente:

- Doenças prolongadas ou defeitos congênitos _____
- Dificuldades musculares _____
- Distúrbios convulsivos _____
- Perda de visão _____
- Perda de audição _____
- Distúrbios relacionados a bebida _____
- Distúrbios nervosos _____
- Dificuldades de aprendizagem _____
- Problemas de leitura _____
- Problemas de matemática _____
- Problemas da fala (déficits) _____
- Retenção
_____portugu_____

Seu filho já foi avaliado em outro lugar? Sim Não

Se respondeu sim, onde e porquê?

Podemos contatá-los? Sim Não

Se houver mais alguma coisa que queira mencionar sobre o seu filho, fique à vontade para acrescentar seus comentários:
