



## 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  Pais / responsável 1  Pais / responsável 2  Outra pessoa

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Nome do pai / responsável 1 \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Local de nascimento \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_

Nome do pai / responsável 2 \_\_\_\_\_ 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:

---

---

---

---

---