



Secretaria Municipal de Educação e Esporte - SMEDE

ACOMPANHAMENTO DA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

AVALIAÇÃO PSICOEDUCACIONAL NO CONTEXTO ESCOLAR

ENTREVISTA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

(ANEXO B)

I. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO(A)

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Nome do pai: _____

Profissão: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____

Profissão: _____ Idade: _____

Endereço residencial: _____ Fone: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

NOME	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE PARENTESCO	INSTRUÇÃO	LOCAL DE TRABALHO

Religião/credo: _____

Motivo da solicitação da avaliação: _____

Obs.: _____

III. DINÂMICA FAMILIAR:

Com quem o aluno(a) reside? _____

Relacionamento dos pais entre si: _____

Relacionamento dos pais com os filhos(as) _____

Relacionamento entre os filhos(as) _____

Relacionamento geral entre os familiares: _____

IV. DESENVOLVIMENTO

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR (idade em que sustentou a cabeça, sentou sozinho, engatinhou, andou, controlou os esfíncteres – vesical e anal diurno e noturno, preferência manual...) _____

LINGUAGEM (em que idade se deu o balbúcio, as primeiras palavras/frases, problemas articulatórios, gagueira...) _____

ALIMENTAÇÃO (período em que foi amamentado no seio/mamadeira, reações à introdução de outros tipos de alimentação, falta de apetite, alimenta-se em excesso, normal...) _____

SONO (calmo, agitado, fala durante o sono, sonambulismo, terror noturno, tipo de respiração enquanto dorme) _____

MANIPULAÇÃO E HÁBITOS (fez/faz uso de chupeta, chupa o dedo, rói unhas, tiques, movimentos involuntários, estereotípias, maneirismos, agitação motora, autoagressão, passividade) _____

- V. SOCIABILIDADE** (faz amigos com facilidade, diverte-se – como, quando e com quem/mais velhos ou mais novos, atividade de lazer, comportamento nos ambientes em geral – frequenta outros ambientes além da escola? Quais?)



VI. INFORMAÇÕES MÉDICAS

Visão: nota algo que indique baixa visão? () sim () não - Faz uso de óculos? _____

Audição: usa recurso auditivo/prótese auditiva () sim () não

Problemas físicos: _____

Saúde em geral (informações relevantes desde o nascimento até o momento) _____

Possui algum laudo medico? Toma alguma medicação de uso contínuo? _____

VII. ATENDIMENTOS COMPLEMENTARES (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicopedagogia, acompanhamento neurológico ou psiquiátrico, entre outros)

VIII. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA: HÁBITOS DE HIGIENE (já desenvolve hábitos sozinho(a)? toma banho sozinho(a), se veste, calça meia, sapatos, se penteia, escova os dentes regularmente sozinho(a), tem cuidados com sua aparência pessoal e vestuário)

IX. ANTECEDENTES FAMILIARES (doenças, deficiências, vícios, grau de parentesco, idade em que ocorreu, situação atual)

X. RECEBE ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL? SE SIM, QUAL? _____

XI. QUAL A IMPORTANCIA QUE A FAMÍLIA DÁ PARA A EDUCAÇÃO ESCOLAR? _____



Secretaria Municipal de Educação e Esporte - SMEDE

ACOMPANHAMENTO DA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

XII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: _____

Morretes, _____ de _____ de _____.

Assinatura dos pais/responsáveis

Assinatura dos pais/responsáveis

Entrevistador(a)/Cargo
(nome por extenso)

Direção Geral