

**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 esfínteres – 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