

ENTREVISTA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

I – Identificação do Aluno:

Nome: _____

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

Escola: _____ Ano: _____ Turno: _____

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: _____

III - Dinâmica Familiar:

Com quem o aluno reside: _____

Relacionamento dos pais entre si: _____

Relacionamento dos pais com os filhos: _____

Relacionamento entre os filhos: _____

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 balbucio, 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 uso de chupeta, chupa o dedo, roi unhas, tiques, movimentos involuntários, estereotípias, maneirismos, agitação motora, auto-agressão, 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 – Informação médica:

Visão: _____ Usa lentes corretivas () Sim () Não

Audição: _____ Usa recurso auditivo / Prótese auditiva () Sim () Não

Problemas Físicos: _____

Saúde e geral: (Informações relevantes desde o nascimento até o momento).

Possuí algum laudo médico? 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 (toma banho sozinho, se veste, calça meia, sapatos, se penteia, escova os dentes regularmente sozinho, têm cuidados com sua aparência pessoal e vestuário ...).

Responsabilidade por tarefas no lar (especificar) _____

IX – Antecedentes familiares: (doenças, deficiências, vícios, grau de parentesco, idade em que ocorreu, situação atual...).

X – Histórico Escolar:

Creche/Escola/atendimento ou apoio especializado que frequentou:	Série/Ano escolar	Ano civil

Retenções: Sim () Não () Quantas: _____

Quais séries/anos: _____

Rendimento escolar (necessita de auxílio na execução de tarefas escolares em casa).

Boletim escolar (notas).

Frequência à escola (gosta de vir, é assíduo) Já precisou ou fez uso da FICHA FICA ou acompanhamento pela REDE DE PROTEÇÃO?

XI – Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada – BPC

XII – Participa de outras atividades extraclasse (cursos, projetos...).

XIII – Qual a importância que a família dá para a educação escolar?

XIV – Sexualidade (em relação a si mesmo e atitude dos pais ou responsáveis).

XV - Observações:

_____.

(Local e Data)

Entrevistador: _____ Função: _____

Entrevistado: _____

Parentesco: _____

OBSERVAÇÕES