# ENTREVISTA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

1. – 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:

1. – Composição Familiar:

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

Religião/credo: Motivo da solicitação da avaliação:

1. - 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:

1. – 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, estereotipias, maneirismos, agitação motora, auto-agressão, passividade).

1. – 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?
2. – 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?

1. – Atendimentos complementares (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicopedagogia, acompanhamento neurológico ou psiquiátrico, entre outros).
2. – 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)

1. – Antecedentes familiares: (doenças, deficiências, vícios, grau de parentesco, idade em que ocorreu, situação atual…).
2. – 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?

1. – Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada – BPC
2. – Participa de outras atividades extraclasses (cursos, projetos...).
3. – Qual a importância que a família dá para a educação escolar?
4. – Sexualidade (em relação a si mesmo e atitude dos pais ou responsáveis).
5. - Observações:

 , .

(Local e Data)

Entrevistador: Função:

Entrevistado:

Parentesco:

**OBSERVAÇÕES**