

DISTRITO ESCOLAR REGIONAL DE PENTUCKET
GABINETE DO SUPERVISOR
22 MAIN STREET
WEST NEWBURY, MASSACHUSETTS 01985-1897
TEL: (978) 363-2280 / FAX: (978) 363-1165

GROVELAND
MERRIMAC
WEST NEWBURY

Dr. Justin Bartholomew
SUPERVISOR

Brent Conway
Supervisor Assistente

Greg A. Labrecque
Gestor de negócios

Dr. Michael A. Jarvis
Diretor de Serviços Suplementares e Intensivos

Histórico de Desenvolvimento da Criança

Por favor, responda a todas as questões da forma mais completa possível para nos ajudar a compreender melhor o seu filho, para que possamos atender da melhor forma às suas necessidades na pré-escola e/ou no infantário. Desde já, obrigado.

Data: _____ Nome da pessoa a preencher o formulário: _____ Grau de Parentesco: _____

1- **Nome Completo da Criança:** _____

Data de Nascimento: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Local de Nascimento: _____

Línguas Faladas em Casa: _____

Adotado? Sim Não

Em caso afirmativo, indicar a data: _____

A criança sabe? Sim Não

Criança Acolhida? Sim Não

Em caso afirmativo, indicar a data: _____

A criança sabe? **Sim** Não

2- Nome da Mãe: _____

Profissão: _____

Local Onde Trabalha: _____

Telefone: _____

3- Nome do Pai: _____

Profissão: _____

Local Onde Trabalha: _____

Telefone: _____

4- São pais: Casados Divorciados Separados Viúvos Casado novamente

A criança vive com: O pai e a mãe Apenas com a mãe Apenas com o pai

Outro: _____

5- O agregado familiar da criança inclui (liste todos os membros do agregado):

<u>Nome</u>	<u>Idade</u>	<u>Relação com o aluno</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

continua na próxima página

Histórico de Desenvolvimento

6- O nascimento da criança foi: no Período completo Prematuro

Houve alguma complicação? _____

O seu filho foi avaliado por algum especialista, como um psicólogo, educador ou médico? Sim Não

Se sim, quando e onde: _____

Resultados de testagem: _____

O seu filho já esteve num programa específico para crianças com necessidades especiais? Sim Não

7- Marcos de desenvolvimento (refira as idades e tudo o que seja fora do comum):

a- Sentou-se sem apoio:

b- Caminhou sozinho:

c- Usou palavras aleatórias:

d- Usou frases completas:

Treinado a ir à casa de banho

Durante a noite:

f- Outras informações:

8- Histórico clínico (*selecione todas a áreas que se aplicam ao seu filho e comente, se necessário*):

a- Constipações frequentes:

b- Lesões de nascença:

c- Molhar a cama:

d- Dores de cabeça frequentes:

e- Problemas de audição (*incluindo infeções de ouvidos*):

f- Problemas de visão (*incluindo óculos ou lentes de contacto*):

g- Alergias (*asma, eczema, etc.*):

h- Pouco apetite:

i- Limitações físicas:

j- Medicamentos:

Para que propósito:

k- Alguma doença, cirurgia ou internamento grave:

l- Algum histórico de doença na família que possa afetar o desenvolvimento normal do seu filho? (explique, por favor):

continua na próxima página

Estado Atual

9- Selecione as **habilidades motoras** que o seu filho adquiriu:

- Corre Salta Equilibra-se num só pé Salta ao pé-coxinho Sobe escadas Anda de triciclo/bicicleta
- Atira a bola Apanha a bola Usa lápis de cor/cera Usa tesoura Escreve o próprio nome
- Usa o garfo/colher Veste-se sem ajuda Abotoa a roupa Consegue apertar a braguilha:
A criança desenvolveu: Capacidade de usar a mão direita Capacidade de usar a mão esquerda

Selecione as **habilidades linguísticas/cognitivas** que o seu filho adquiriu:

- Sabe a data de nascimento Sabe o número de telefone Reconhece formas Sabe as cores
- Canta/soletra o alfabeto Conta até 10 Constrói com blocos Gosta de histórias
- Segue instruções Aponta ilustrações em livros

Responda às seguintes questões relativamente ao desenvolvimento comportamental do seu filho:

a- Descreva em detalhe o comportamento do seu filho com os colegas (tímido, incerto, confiante, entusiástico, dependente, seguidor, líder, etc.):

b- Quais são os interesses específicos da sua criança?

c- Que tipo de brincadeiras o seu filho gosta?

10- Por quanto tempo é que o seu filho é capaz de brincar com os colegas sem a intervenção de um adulto:

11- Que nível de idade é que o seu filho prefere para os seus colegas de brincadeiras (mais novos, mais velhos, da mesma idade):

12- O seu filho faz birras? Sim Não Se sim, em que circunstâncias:

13- Qual é o tempo diário que o seu filho passa a ver TV ou a jogar em equipamentos eletrónicos:

14- O seu filho demonstra imaginação: Ao contar histórias? Sim Não Desenhar? Sim Não

Construir e fazer coisas? Sim Não Outro:

15- O seu filho demonstra curiosidade?

continua na próxima página

16- O seu filho tem algum estilo ou forma especiais para comunicar os seus sentimentos? Como é que sabe quando ele/a está irritado/a, triste, etc.?

17- Como é que se envolve na cooperação do seu filho? O que resulta?

18- Existiram experiências significativas na vida do seu filho sobre as quais a escola deve ter conhecimento (mudanças, doenças, mortes, medos, etc.):

19- Por favor, liste os nomes e moradas de instituições de cuidados infantis e/ou pré-escolas que o seu filho frequentou:

20- Eu, por este meio autorizo o Distrito Escolar Regional de Pentucket a recolher informações e registos das seguintes instituições:

Esta divulgação de registos expira um ano após a data da assinatura.

Assinatura do Pai, Mãe ou Tutor

Data