

ESCOLA PRIMÁRIA DE NORTH PEMBROKE



Valerie Charpentier
Diretora-Adjunta
Valerie.charpentier@pembrokek12.org

72 Pilgrim Road, Pembroke, MA 02359
www.pembrokek12.org

Tel.: (781) 826-5115
Fax: (339) 244-5036

INSCRIÇÃO DE COLEGAS PARA PRÉ-ESCOLA INTEGRADA Ano Letivo 2024-2025

Data _____

Sobrenome da criança: _____ Primeiro: _____ do Meio: _____

Endereço residencial _____

Cidade Estado CEP

Idade em 1º de setembro de 2023 _____ Data de nascimento _____

Masculino Feminino (a criança deve ter 3 anos até 1º de setembro de 2024)

Por favor, escolha apenas uma opção

_____ Estou interessado no programa de
quatro dias (meio período)

de segunda a quinta, das 8h15 às 11h/ 12h às
14h45

_____ Estou interessado no programa de cinco
dias (período integral)

de segunda a sexta, das 8h15-14h45

Pai/Mãe/Cuidador N.º1

Pai/Cuidador N.º2

Nome: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

E-mail: _____

Quais idiomas são falados em casa? _____

Seu filho é identificado como portador de necessidades especiais? _____ sim _____ não

**Todas as crianças devem participar de uma triagem de identificação (Child Find) para este programa.
Você será contatado para agendar uma consulta para seu filho após devolver este formulário.**

Formulário de Questionário do Cuidador

Por favor, responda a todas as perguntas deste formulário da melhor maneira possível.

Suas respostas neste formulário ajudarão aos funcionários da pré-escola a decidir que tipo de programa educacional é mais adequado para seu filho.

Este questionário é confidencial e suas respostas são compartilhadas apenas com profissionais.

Nome da criança _____ Data de hoje _____

Endereço _____

Masculino ___ Feminino ___ Data de Nascimento _____ Local de Nascimento _____

Número de telefone: Residência _____ Celular _____

Nome da(s) Pessoa(s) _____ Relação
Preenchendo o Formulário _____ com a Criança _____

Endereço de e-mail do cuidador: _____

1. Histórico Escolar da Criança

Seu filho já frequentou a escola antes? ___ sim ___ não

Se sim, nome da escola _____

Datas de frequência (mês/ano) _____ a _____

Número de dias por semana: ___2 ___3 ___4 ___5 ___ Período Integral ___ Meio Período

Alguma outra experiência escolar? _____

2. Situação da Criança na Família

_____ mais velha _____ do meio _____ mais jovem _____ única

Outras crianças na família:

_____	idade _____	escola _____
_____	idade _____	escola _____
_____	idade _____	escola _____

Algum de seus filhos tem dificuldade na escola? _____

Nome	Escola	Área de Dificuldade
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Algum familiar ou parente próximo teve dificuldade significativa na escola?

Se sim, Relação _____ Especificação da Dificuldade _____

3. Cuidador

Nome do Cuidador n.º 1 _____ Ocupação _____

Local de trabalho _____ Telefone _____

E-mail _____

Nome do Cuidador n.º 2 _____ Ocupação _____

Local de trabalho _____ Telefone _____

E-mail _____

Idiomas principais falados em casa: _____

Outras pessoas que residem na casa:

Nomes _____

Relação(ões) _____

Houve algum evento extraordinário nesta casa? (doença, mudanças, morte, desastre, mudança na composição da família)

Algum problema grave de saúde dos pais ou da família? _____

4. Informações Médicas Básicas

Nome do médico da criança _____ Telefone _____

Endereço _____

Seu filho já fez algum exame ou tratamento auricular/auditivo?

_____ sim _____ não Se sim, quando? _____

Doutor _____ Resultados _____

Infecções auriculares? _____ sim _____ não Se sim, _____ Pouco frequentes (2 a 3 vezes por ano)
_____ Frequentes (4 ou mais por ano)
_____ Prolongadas (10 dias - 2 semanas)

Datas das infecções auriculares _____

Você suspeita de algum problema auditivo? _____ sim _____ não

Seu filho:

Parece ter dificuldade em ouvir?	Sim	Não
Aumenta o volume da TV mais do que os outros membros da família?	Sim	Não
Parece utilizar mais um ouvido do que o outro?	Sim	Não
Salta ou parece mais assustado do que os outros ao ouvir um ruído súbito?	Sim	Não
Aparenta ouvi-lo quando você fala sussurrando?	Sim	Não
Faz você falar alto ou repetir com frequência?	Sim	Não

Seu filho já fez um exame ou tratamento oftalmológico? _____ sim _____ não

Se sim, quando? _____ Doutor _____

Resultados _____

Você suspeita de algum problema de visão? _____ sim _____ não

Seu filho:

Aparenta ter dificuldade em enxergar pequenas linhas ou imagens?	Sim	Não
Aparenta ter problemas para enxergar as coisas de longe?	Sim	Não
Cerra os olhos para enxergar?	Sim	Não
Usa óculos?	Sim	Não

Tem olhos com desvio convergente?	Sim	Não
Tem olhos com desvio divergente?	Sim	Não
Senta-se muito perto da televisão?	Sim	Não
Esfrega os olhos com frequência?	Sim	Não

Com que idade aproximadamente o seu filho começou a falar: _____

Primeiras palavras _____ 2 ou 3 palavras juntas _____ Frases _____

Com que idade seu filho começou a andar?

Dê a idade aproximada se você não lembrar da idade exata: _____

Você acha que seu filho tem uma coordenação muscular adequada? ____sim ____não

Você percebeu, ou seu médico relatou, algum dos seguintes em seu filho?

	Asma		Distúrbio do sono		Febres Frequentes
	Alergias (tipo)		Ferimento na cabeça		Alergias Alimentares (especificar)
	Diarréia		Diabetes		Infecções Auriculares Crônicas
	Vômito		Problemas médicos Imediatamente após o nascimento		Problemas Estomacais Crônicos
	Dores de cabeça		Hiperatividade		Epilepsia (convulsões)
	Problema de sinusite		Problema cardíaco		

Comentários: _____

Marque *Sim*, *Às vezes*, *Não* ou *Não tenho certeza* para cada uma das seguintes afirmações:

	Sim	Às vezes	Não	Não tenho certeza
Tem amigos da mesma idade para brincar regularmente				
Tem dificuldade em se relacionar com outras crianças				
Tem dificuldade em se expressar				
Prefere brincar com outras crianças em vez de sozinho				

É difícil de entender ao falar				
Geralmente parece feliz				
É frequentemente irritável ou mal-humorado				
Fica chateado com mudanças na rotina				
Exige muita atenção individual do adulto				
Aceita disciplina e limites				
Fica confuso ao seguir mais de duas instruções verbais ao mesmo tempo				
Tem dificuldade em lembrar as coisas por um curto período				
Tem dificuldade em lembrar as coisas por muito tempo				
Torna-se facilmente frustrado				
Chora facilmente				
Coopera de bom grado				
Tem um temperamento ruim				
Consegue usar garfo e colher sem ajuda				
Pode pegar uma bola lançada para ele				
Gosta de atividades físicas				
Perde o equilíbrio, tropeça e cai				
Tem dificuldade em correr				
Está lidando com um estresse familiar, como doença, morte ou separação				

Quantos anos têm os amiguinhos favoritos do seu filho? _____

Aproximadamente quantas horas por dia seu filho assiste TV? _____ Tempo de tela: _____

Que tipo de coisas você gosta de fazer com seu filho? _____

Você tem alguma preocupação especial com seu filho? _____

O seu filho sabe usar o banheiro? _____

Existe alguma outra informação que nos ajude a entender melhor seu filho?

Outros problemas físicos ou doenças graves (explique) _____

Peso de nascimento da criança _____ libras (lbs.) _____ Onças (oz.)

Considerações Especiais

_____ Cesariana _____ Prematura
_____ Cordão em volta do pescoço _____ Nascimento em Culatra _____ Múltiplas~1ª nascida, 2ª nascida, 3ª nascida
_____ Síndrome do bebê azul _____ Icterícia _____ Fertilização in Vitro (IVF)

Cuidados especiais

_____ Oxigênio (por quanto tempo) _____
_____ Incubadora (por quanto tempo) _____
_____ Permanência hospitalar (por quanto tempo) _____
_____ Convulsões ou perda de consciência? _____
Seu filho está sob medicação atualmente? _____ Qual? _____
Seu filho teve alguma lesão significativa ou hospitalização? _____

Seu filho teve necessidades de educação especial no passado ou atualmente?

Você participa de algum dos seguintes programas? (*Por favor assinale*)

_____ Seguro Social _____ Medicaid _____ Bem-estar (Welfare)
_____ Vale Alimentação (Food Stamps) _____ Programa de Nutrição de Mulheres, Bebês e Crianças (WIC)

Obrigado pela sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Também dou permissão aos funcionários da pré-escola para tirar uma fotografia do meu filho que permanecerá em seu arquivo durante o processo de admissão à pré-escola.

Nome _____

Data _____

Devolva este formulário preenchido ao escritório principal da Escola Primária de North Pembroke até as 14h da sexta-feira, 16 de fevereiro de 2024.