



"Onde todas as crianças vêm em primeiro lugar"

Francis T. Bresnahan School

Questionário para os Pais

Seleção para a Pré-escola

Newburyport Public Schools

Prezados Pais ou Responsáveis,

Por favor, dediquem alguns momentos para fornecer informações sobre seu(sua) filho(a), respondendo este questionário.

Este questionário foi dividido em quatro partes com perguntas sobre seu(sua) filho(a):

1ª Parte: Informações sobre o histórico pessoal de seu(sua) filho(a).

2ª Parte: Informações sobre o histórico médico de seu(sua) filho(a).

3ª Parte: Desenvolvimento de autonomia, sobre a capacidade de seu(sua) filho(a) para cuidar de si mesmo(a).

4ª Parte: Desenvolvimento Social, sobre a forma como seu(sua) filho(a) se comporta com outras pessoas.

Por favor, leia o formulário e responda todas as perguntas o mais cuidadosamente possível. Você é uma importante fonte de informações sobre seu(sua) filho(a). As informações e respostas dadas nos permitem compreender melhor a criança como um todo. Informações compartilhadas neste questionário permanecerão confidenciais e somente serão compartilhadas com o professor de seu(sua) filho(a) e professores especializados. Agradecemos imensamente sua atenção ao completar este questionário e aguardamos ansiosos a oportunidade de trabalhar com você e seu(sua) filho(a).

Nome da criança (Nome, Sobrenome): _____

Nome usado pela criança na escola: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: ____ Masculino ____ Feminino

Pai 1/Responsável 1	Mãe 2/Responsável 2
Sr./Sra. / Srta./Outro: _____	Sr./Sra. / Srta./Outro: _____
Nome (nome, sobrenome): _____	Nome (nome, sobrenome): _____
Endereço: _____	Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: ____ ZIP: _____	Cidade: _____ Estado: ____ ZIP: _____
Grau de parentesco com a criança: _____	Grau de parentesco com a criança: _____
Telefone residencial: _____	Telefone residencial: _____
Telefone do trabalho: _____	Telefone do trabalho: _____
Celular: _____	Celular: _____
E-mail de contato para a escola: _____	E-mail de contato para a escola: _____
	Tem a guarda da criança? ____ Sim ____ Não Compartilhada

Tem a guarda da criança? ____ Sim ____ Não ____ Compartilhada	A criança mora com essa mãe/responsável? ____ Sim ____ Não
A criança mora com esse pai/responsável? ____ Sim ____ Não	
Pessoa responsável pelo preenchimento deste questionário: ____ Mãe ____ Pai ____ Responsável ____ Cuidador ____ Outro (especifique) _____	
1ª Parte: Informações Pessoais	

Situação Residencial

1. Com quem mora seu(sua) filho(a)? (Marque todas as opções aplicáveis)
 ____ Mãe ____ Pai ____ Madrasta ____ Padrasto ____ Parceiro da Mãe ____ Parceira do Pai
 ____ Avó ____ Avô ____ Outro parente (especifique) _____
 ____ Família adotiva: Nome e telefone do assistente social do caso: _____
 ____ Outro (especifique): _____
2. A criança é adotada? ____ Sim ____ Não
3. Se seu(sua) filho(a) é adotivo(a), com que idade ele/ela ingressou na família? _____

Irmãos

4. Seu(sua) filho(a) tem irmãos ou irmãs? ____ Sim (Por favor, liste abaixo) ____ Não

Nome do irmão/irmã	Idade	Nome da escola em que está matriculado(a)	Essa criança mora com o(a) seu(sua) filho(a)?

5. A ordem de nascimento de meu(minha) filho(a) na família é ____ de ____ crianças.

Idioma

6. Língua primária falada por seu(sua) filho(a): _____
7. Língua mais utilizada por seu(sua) filho(a): _____
8. Língua mais utilizada pelos pais: _____
9. Seu(sua) filho(a) entende e fala Inglês? ____ Sim ____ limitadamente/parcialmente ____ Não

Situação escolar

10. Quais são as suas preocupações em relação à vida escolar de seu(sua) filho(a)?

11. Seu(sua) filho(a) frequentou alguma pré-escola/creche? ____ Sim ____ Não Se assinalou sim, por quanto tempo? (anos/meses) _____
12. Seu(sua) filho(a) frequentou a pré-escola ou creche durante quantas horas semanais em um período mais recente ?

13. Qual é o nome e o endereço da pré-escola ou creche de seu(sua) filho(a)? _____
 Nome da pessoa para contato da pré-escola ou creche: _____
14. Temos permissão para entrar em contato com o professor/funcionário da creche anterior? ____ Sim ____ Não
Em caso afirmativo, por favor, assine abaixo.
 Assinatura: _____ Data: _____

Situação residencial

15. Quando foi a última vez que você mudou de casa?

16. Quantas vezes você já mudou de casa nos últimos 5 anos?

17. Alguma das seguintes situações ocorreu?
 Os pais se separaram ou se divorciaram ____ Sim ____ Não Quando?

 Morte ou grande perda ____ Sim ____ Não Quem/quando: _____ + _____
 Outros grandes eventos que possam ter aborrecido seu (sua) filho (a)? _____ Data: _____

18. Seu (sua) filho (a) reagiu a alguma das situações acima com comportamentos que o(a) deixaram preocupado(a)?

19. Existem quaisquer crenças familiares, tradições (religiosas ou não) que você gostaria que a escola soubesse? _____

2ª Parte: Informações Médicas

Informações do nascimento

20. A gestação de seu(sua) filho(a) foi completa? ☐ Sim ☐ Não
21. Houve alguma complicação durante a gravidez ou no parto? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, explique: _____

Informações Médicas/de Saúde

22. Seu(sua) filho(a) recebeu Serviços de Intervenção Precoce? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, com quem? _____
23. Seu (sua) filho(a) visitou um optometrista ou um oftalmologista? ☐ Sim ☐ Não
24. Seu (sua) filho(a) usa óculos? ☐ Sim ☐ Não
25. Você suspeita que seu(sua) filho(a) tenha algum problema de visão? ☐ Sim ☐ Não
- Comentários: _____
26. Você suspeita que seu(sua) filho(a) tenha algum problema de audição? ☐ Sim ☐ Não
- Comentários: _____
27. Seu (sua) filho(a) está sob os cuidados de um audiologista ou de um otorrinolaringologista (ORL)? ☐ Sim ☐ Não
28. Seu (sua) filho(a) teve infecções no ouvido com frequência? ☐ Sim ☐ Não
29. Seu (sua) filho(a) fez cirurgia de colocação de “tubinho” nos ouvidos? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, com que idade(s)? _____
30. Seu (sua) filho(a) fala alto? ☐ Sim ☐ Não
31. Seu (sua) filho(a) tem um histórico médico significativo devido a um acidente, doença ou condição médica? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, por favor, descreva: _____
32. Seu(sua) filho(a) foi hospitalizado(a) alguma vez? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, por favor, explique: _____
33. Seu (sua) filho(a) toma diariamente medicamentos receitados? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, por favor, liste: _____
34. Seu (sua) filho(a) tem alguma alergia? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, por favor, liste: _____
35. Seu (sua) filho(a) usa uma EPI PEN (“caneta de adrenalina”)? ☐ Sim ☐ Não
36. Seu (sua) filho(a) usa uma “bombinha” para asma? ☐ Sim ☐ Não
37. Seu (sua) filho(a) já recebeu uma avaliação especial para: (Por favor, circule, se aplicável)

Exame Cognitivo ou de Desenvolvimento

Exame Psicológico

Exame Neurológico

Se seu(sua) filho(a) fez algum dos exames acima, por favor, descreva o motivo: _____

Nome e endereço da(s) pessoa(s) que realizaram o exame: _____

38. Seu (sua) filho(a) já passou por um grande trauma psicológico? ☐ Sim ☐ Não

Se assinalou SIM, por favor, descreva: _____

39. Temos permissão para entrar em contato com o médico de seu(sua) filho(a) quando necessário? ☐ Sim ☐ Não

Se assinalou *sim*, por favor, assine abaixo

Nome do médico: _____ nº do telefone: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Informações sobre Fala e a Linguagem

40. Meu(minha) filho(a) fez uma avaliação de fala e linguagem. ☐ Sim ☐ Não

Se assinalou sim, ele/ela recebeu terapia? ☐ Sim ☐ Não

Por quanto tempo? _____

41. Meu(minha) filho(a) atualmente recebe **terapia ocupacional**. ☐ Sim ☐ Não

Nome/clinica do terapeuta: _____

42. Meu(minha) filho(a) em geral é compreendido(a) por pessoas de fora da família. ☐ Sim ☐ Não

43. Tenho que explicar aos outros o que meu(minha) filho(a) tenta falar. ☐ Sim ☐ Não

Informações sobre Coordenação Motora

44. Meu(minha) filho(a) pode, de **forma independente**: (Marque todas as opções aplicáveis)

☐ Jogar ou pegar uma bola ☐ Subir escadas alternando os pés ☐ Descer escadas alternando os pés

☐ Pular em um pé só ☐ Pular com os dois pés ☐ Equilibrar-se em um pé só por 3-5 segundos

45. Meu(minha) filho(a) fez **avaliação fisioterapêutica** ☐ Sim ☐ Não

Se assinalou sim, ele/ela recebeu terapia? ☐ Sim ☐ Não

Por quanto tempo? _____

46. Meu(minha) filho(a) faz **fisioterapia atualmente**. ☐ Sim ☐ Não

Nome/clínica do terapeuta: _____

Informações Sensoriais

47. Meu(minha) filho(a) tem medo de ruídos altos. ☐ Sim ☐ Não

48. Meu(minha) filho(a) não gosta de multidões. ☐ Sim ☐ Não

49. Meu(minha) filho(a) é exigente para comer (não gosta de certas texturas de alimentos, cores, etc.) ☐ Sim ☐ Não

50. Meu(minha) filho(a) fica tenso em novas situações. ☐ Sim ☐ Não

51. Certas roupas (etiquetas, diferentes materiais, etc.) incomodam meu(minha) filho(a). ☐ Sim ☐ Não

Informações sobre Coordenação Motora Fina

52. Meu(minha) filho(a) consegue segurar o lápis e colorir e desenhar com ele. ☐ Sim ☐ Não

53. Meu(minha) filho(a) consegue colocar contas em um fio. ☐ Sim ☐ Não

54. Meu(minha) filho(a) consegue cortar com tesoura. ☐ Sim ☐ Não

55. Meu(minha) filho(a) consegue copiar uma linha horizontal, uma linha vertical e uma forma circular. ☐ Sim ☐ Não

56. Meu(minha) filho(a) fez **avaliação de terapia ocupacional e/ou sensorial**. ☐ Sim ☐ Não

Se assinalou sim, ele/ela recebeu terapia? ☐ Sim ☐ Não

Por quanto tempo? _____

57. Meu(minha) filho(a) atualmente faz **terapia ocupacional**. ☐ Sim ☐ Não

Nome/clínica do terapeuta: _____

Informações sobre Atenção

58. Meu(minha) filho(a) faz contato visual com a pessoa que está falando. ☐ Sim ☐ Não

59. Meu(minha) filho(a) se concentra em uma atividade durante pelo menos 5 minutos (não incluindo computador ou TV) ☐ Sim ☐ Não

60. Meu(minha) filho(a) é insistente ou se concentra excessivamente em coisas ou ideias. ☐ Sim ☐ Não

61. Meu(minha) filho(a) foi diagnosticado(a) com **TDA** ou **TDAH**. ☐ Sim ☐ Não

3ª Parte: Informações sobre Autonomia

62. Meu(minha) filho(a) consegue, de **forma independente**: (Marque todas as opções aplicáveis)

☐ Guardar brinquedos ☐ Pendurar o casaco ☐ Vestir-se completamente

☐ Limpar algo derramado ☐ Seguir instruções de duas etapas ☐ Cuidar de todas as necessidades de higiene pessoal

☐ Calçar sapatos nos pés corretos ☐ Assoar ou limpar o nariz sem ser preciso pedir ☐ Pedir ajuda a um adulto quando necessário ☐ Lavar as mãos ☐ Escovar os dentes ☐ Beber em um copo aberto (sem bico)

63. Seu (sua) filho(a) já parou de usar fraldas? ☐ Sim ☐ Não

Se assinalou sim, há quanto

tempo? _____

4ª Parte: Informações sobre Desenvolvimento Social

64. Meu(minha) filho(a) inicia brincadeiras com outras crianças. ☐ Sim ☐ Não

65. Meu(minha) filho(a) tem oportunidades para brincar com outras crianças de sua idade. ☐ Sim ☐ Não

66. Meu(minha) filho(a) se separa dos pais com facilidade. ☐ Sim ☐ Não

67. Meu(minha) filho(a) consegue esperar sua vez. ☐ Sim ☐ Não

68. Meu(minha) filho(a) se dá bem com outras crianças. ☐ Sim ☐ Não

69. Meu(minha) filho(a) sente medo/ansiedade e se preocupa muito. ☐ Sim ☐ Não
70. Seu (sua) filho(a) exibe algum problema grave de comportamento? (Marque todas as opções que se aplicam)
☐ Desafio/oposição aos adultos/recusa em obedecer ☐ Birras excessivas e de longa duração ☐ Mordidas
☐ Comportamento violento/agressivo direcionado a outras pessoas ☐ Outros: _____
71. Como seu(sua) filho(a) reage ao estresse? (Marque todas as opções que se aplicam)
☐ Chora ☐ Tem dores de cabeça ☐ Tem dores de estômago ☐ Dá mordidas ☐ Outro: _____

Disciplina

72. Existem desafios para controlar o comportamento de seu(sua) filho(a) em casa? ☐ Sim ☐ Não
Se assinalou *sim*, qual é o meio mais eficaz para estabelecer um comportamento aceitável:

73. **Qualidades** de meu(minha) filho(a):

74. Há informações adicionais que eu gostaria de compartilhar? ☐ Sim ☐ Não
