



Francis T. Bresnahan School

Questionário para os Pais

Seleção para o Kindergarten (Jardim de Infância)

"Onde todas as crianças vêm em primeiro lugar"

Newburyport Public Schools

Prezados Pais ou Responsáveis,

Por favor, dediquem alguns momentos para fornecer informações sobre seu(sua) filho(a), respondendo este questionário. **O questionário preenchido deverá ser entregue no momento da matrícula.**

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) de 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 especialistas. Agradecemos imensamente sua disponibilidade em preencher este questionário e aguardamos ansiosos a oportunidade de trabalhar com você e seu(sua) filho(a).

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 esse pai/responsável? ____ Sim ____ Não	A criança mora com essa mãe/responsável? ____ Sim ____ Não

Pessoa responsável pelo preenchimento deste questionário: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Responsável ☐ Cuidador ☐ Outro (especifique) _____

1ª Parte: Informações Pessoais

Situação Residencial

1. Com quem seu(sua) filho(a) mora? (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 adotiva? ☐ 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-os abaixo) ☐ Não

Nome do irmão/irmã	Idade	Nome da escola em que está matriculado(a)	Essa criança mora com 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 por 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 de 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)?

2ª Parte: Informações Médicas

Informação sobre nascimento

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

Informações Médicas/de Saúde

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

Exame educacional

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: _____

37. Seu(sua) filho(a) já passou por um grande trauma psicológico? ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou SIM, por favor, descreva: _____
38. 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 Linguagem

39. Meu(minha) filho(a) fez uma avaliação de fala e linguagem. ☐ Sim ☐ Não
- Se assinalou sim, ele/ela recebeu terapia? ☐ Sim ☐ Não Durante quanto tempo? _____
40. Meu(minha) filho(a) atualmente recebe **terapia ocupacional**. ☐ Sim ☐ Não

Nome/clínica do terapeuta: _____

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

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

Informações sobre Coordenação Motora

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

☐ Pedalar uma bicicleta (com ou sem rodinhas) ☐ impulsionar o balanço

☐ Descer ou subir escadas usando um pé por degrau ☐ Pular em um pé só

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

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

Por quanto tempo? _____

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

Nome/clínica do terapeuta: _____

Informações sensoriais

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

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

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

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

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

51. Meu(minha) filho(a) segura o lápis para colorir e desenhar figuras sem dificuldade. ☐ Sim ☐ Não

52. Meu(minha) filho(a) segura o lápis e escreve algumas ou todas as letras do nome dele/dela sem dificuldade. ☐ Sim ☐ Não

53. 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? _____

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

Nome/clínica do terapeuta: _____

Informações sobre Atenção

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

56. Meu(minha) filho(a) se distrai facilmente. ☐ Sim ☐ Não

57. Meu(minha) filho(a) se concentra em uma atividade durante pelo menos 15 minutos (não incluindo computador ou TV) ☐ Sim ☐ Não

58. Meu(minha) filho(a) pula de uma tarefa para outra. ☐ Sim ☐ Não

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

60. Meu(minha) filho(a) é excessivamente agitado ou inquieto. ☐ Sim ☐ Não

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

3ª Parte: Informações sobre Autonomia

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

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

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

☐ Abotoar roupas ☐ Calçar sapatos nos pés certos ☐ Desenroscar tampas de jarras ou garrafas

☐ Fechar o zíper das roupas ☐ Assoar ou limpar o nariz sem ser preciso pedir ☐ Pedir ajuda a um adulto quando necessário

4ª Parte: Informações sobre Desenvolvimento Social

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

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

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

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

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

68. Meu(minha) filho(a) sente medo/ansiedade e se preocupa muito. ☐ Sim ☐ Não

69. 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 ☐ Uso de linguagem ofensiva
☐ Comportamento violento/agressivo direcionado a outras pessoas
☐ Outros: _____

70. 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
☐ Outros: _____

Disciplina

71. 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:

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

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