

**ESCOLAS PÚBLICAS DE MARTHA'S VINEYARD
DEPARTAMENTO DE APRENDIZAGEM PRECOCE
QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS**

Data de recebimento: _____

Nome da criança (Nome, nome do meio, sobrenome): _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Cidade: _____

Nome dos pais: _____

Endereço para correspondência: _____

Phone: _____

E-mail: _____

Raça: _____ Etnicidade: _____ Idioma nativo: _____

Local de nascimento: _____

FAMÍLIA DA CRIANÇA

Quem mora na residência com esta criança?

| Nome | Idade | Afinidade com a criança |
|-------|-------|-------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Se os pais não moram juntos, com que frequência a criança vê o pai e/ou a mãe?

Mãe: _____ Pai: _____

CUIDADOS INFANTIS/HISTÓRICO ESCOLAR

Nome da pré-escola/cuidados infantis frequentada: _____

Programação atual: Dias: _____ Horários: _____

Anos frequentados: _____ Tamanho médio da turma: _____

CRESCIMENTO PRECOCE E SAÚDE

Peso da criança no ato do nascimento: _____ lbs _____ oz Duração do parto: _____

Parto prematuro? _____ Quantas semanas antecipadas? _____

Problemas especiais ou complicações durante a gravidez ou parto? _____

Cuidados especiais para a mãe ou bebê no ato do nascimento? _____

Alguma preocupação com o peso, altura e crescimento da criança? _____

Idade na qual o(a) seu(sua) filho(a) foi capaz de realizar o seguinte:

Falar as primeiras palavras _____ Sentar-se sozinho(a) _____ Subir/Descer escadas _____

Alimentou-se sozinho(a) _____ Caminhou sozinho(a) _____ Combinação de duas palavras: _____

Seu(sua) filho(a) teve alguma doença séria ou crônica, condições de saúde ou acidentes sérios?

_____ Em caso positivo, favor explicar: _____

Número de infecções de ouvido, caso tenham ocorrido, e quando: _____

Descreva qualquer problema de ouvido, caso haja algum: _____

Qualquer um dos itens abaixo foi verificado? Em caso positivo, quando? Qual foi o resultado?

Nível de chumbo: _____ Audição: _____

Visão: _____ Dentes: _____

Seu(sua) filho(a) alguma vez teve problema de visão ou audição? _____

Você alguma vez teve alguma dúvida ou preocupação grave sobre o comportamento, estado emocional ou saúde mental do(a) seu(sua) filho(a)? _____ Em caso positivo, favor explicar: _____

Algum caso na família de dificuldades de aprendizagem, fala ou problemas de linguagem, enfermidades ou condições hereditárias: _____ Em caso positivo, favor explicar: _____

Médico da criança: _____ Data da última visita: _____

Motivo da visita: _____

Estado geral da saúde do(a) seu(sua) filho(a): () Excelente () Boa () Fraca () Ruim

Solicitação para liberação de informação:

Eu(Nós) dou(damos) permissão para o Departamento de Aprendizagem Precoce de Martha's Vineyard compartilhar/receber informação com/de _____ (médico) para _____ (criança).

Assinatura do(a) pai/mãe

Data

DESENVOLVIMENTO ATUAL RECREAÇÃO

Quais são as atividades preferidas do(a) seu(sua) filho(a) quando brinca dentro de casa?

Quais são as atividades preferidas do(a) seu(sua) filho(a) ao ar livre?

Assinale todas as opções que descrevem as brincadeiras e comportamento do(a) seu(sua) filho(a) em casa e/ou na pré-escola ou ambiente de cuidados infantis:

- | | |
|---|-------|
| Brinca facilmente com um grupo de 03 ou mais amigos. | _____ |
| Prefere brincar com um amigo de cada vez. | _____ |
| Prefere brincar sozinho(a) na maior parte do tempo. | _____ |
| Necessita de supervisão constante na maior parte do tempo. | _____ |
| Prefere brincadeiras ativas e/ou ar livre. | _____ |
| Prefere atividades tranquilas ao ar livre. | _____ |
| Não precisa de muita supervisão quando brinca. | _____ |
| Gosta de atividades planejadas com um adulto. | _____ |
| Escolha as atividades. | _____ |
| Consegue finalizar a brincadeira e organizar as coisas com lembretes. | _____ |
| Segue e aprende bem as rotinas diárias. | _____ |

COMPORTAMENTO, PERSONALIDADE E HABILIDADES SOCIAIS

Assinale todas as opções associadas a(o) seu(sua) filho(a):

- | | | | |
|-----------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| Amigável | _____ | Colaborador(a) | _____ |
| Irrita-se com facilidade | _____ | Bastante quieto(a) | _____ |
| Independente | _____ | Sonhador(a) | _____ |
| Receioso(a) | _____ | Desajeitado(a) | _____ |
| Atenção curta | _____ | Tímido(a) | _____ |
| Simpático(a) | _____ | Zanga-se com facilidade | _____ |
| Chora facilmente | _____ | Teimoso(a) | _____ |
| Difícil de lidar | _____ | Sociável | _____ |
| Super ativo(a) | _____ | Frequentemente se machuca | _____ |
| Acessos de raiva inesperado | _____ | Separa-se dos pais c/ facilidade | _____ |
| Outro (descreva): | _____ | | |

Como seu(sua) filho(a) geralmente lida com conflitos com outras crianças?

Como seu(sua) filho(a) geralmente expressa irritação e frustração?

VIDA DOMÉSTICA

Descreva os hábitos alimentares do(a) seu(sua) filho(a), o que ele(a) gosta ou não gosta etc. e descreva qualquer dificuldade relacionada à alimentação:

Quais são os hábitos de dormir atuais do(a) seu(sua) filho(a)? Sonecas? Qualquer dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo? Urina na cama? Pesadelos?

Seu(sua) filho(a) gosta que leiam para ele(a)? _____ Quanto tempo gasto lendo? _____

Livros preferidos: _____

Seu(sua) filho(a) assiste televisão, vídeos? _____ Quanto tempo diariamente? _____

Shows/vídeos preferidos: _____

Atividades que você e seu(sua) filho(a) gosta de praticar juntos:

Qual a melhor forma de ajudar o(a) seu(sua) filho(a) quando ele(a) está triste, assustado(a) ou aborrecido(a)?

Qual a abordagem de disciplina mais útil para o(a) seu(sua) filho(a) para incentivar e apoiar um comportamento positivo e lidar com um problema?

Qual a melhor forma de lidar com o(a) seu(sua) filho(a) quando ele(a) está se comportando mal?

HABILIDADES DE AUTO AJUDA

Descreva o nível de habilidade atual do(a) seu(sua) filho(a) em cada uma destas áreas:

Vestir-se: (escolher/combinar roupas, fechar/abrir com zíper, abotoar, pressionar botões de pressão, sapatos e meias, etc. quanta ajuda é necessária).

Higiene pessoal: (escovar os dentes, lavar-se, banhar-se, pentear/escovar os cabelos, etc.).

Alimentação: (uso de utensílios, preparação de alimentos simples, servir líquidos, etc.).

Uso do banheiro: (nível de independência, urina na cama, acidentes).

DESENVOLVIMENTO MOTOR

Assinale qualquer opção que o(a) seu(sua) filho(a) realiza consistentemente:

(Motor grosso)

- Corre bem, raramente cai _____
- Chuta uma bola para frente _____
- Possui bom equilíbrio e coordenação _____
- Consegue saltar longas distâncias _____
- Consegue se balançar sozinho(a) no balanço _____
- Sobe/Desce escadas sozinho(a) _____
- Fica num pé só sem ajuda por um período curto de tempo _____
- Utiliza pedais de um triciclo ou bicicleta _____
- Pula num pé só _____

(Motor fina)

- Desenha uma pessoa com no mínimo 03 partes corporais _____
- Utiliza instrumentos para desenhar c/ movimentos controlados _____
- Desenha figuras reconhecíveis _____
- Corta ou apara com uma tesoura _____
- Constrói ou cria coisas com itens pequenos, por exemplo
Legos, contas, blocos, etc. _____

DESENVOLVIMENTO LINGUÍSTICO

Assinale a opção que se aplica a(a) seu(sua) filho(a) agora:

- Fala claramente a maior parte do tempo _____
- Tem dificuldade com alguns sons de fala _____
- Frequentemente é difícil de ser entendido(a) _____
- Fala utilizando frases e parágrafos longos _____
- Geralmente fala utilizando frases curtas (entre 02 e 04 palavras) _____
- Entende a maioria das instruções e conversações _____
- Necessita que as instruções sejam fornecidas uma de cada vez _____
- Parece confuso ou necessita que as coisas sejam repetidas _____
- Consegue falar sobre coisas que aconteceram com ele(a) _____
- Pessoas fora da nossa família parecem não entender o que
ele(a) está dizendo _____
- Algumas vezes interpreta mal o que foi dito _____
- Lembra-se de estórias preferidas e consegue explicar a ideia geral _____

Canta canções curtas ou recita rimas infantis _____
Fala sobre seus sentimentos, por exemplo, feliz, triste, zangado(a) _____

Preocupo-me com a fala ou linguagem do(a) meu(minha) filho(a) () Sim () Não
Preocupo-me com a audição do(a) meu(minha) filho(a) () Sim () Não
Preocupo-me com a visão do(a) meu(minha) filho(a) () Sim () Não
Preocupo-me com a aprendizagem do(a) meu(minha) filho(a) () Sim () Não

Favor entregar este questionário ao:
Early Learning Department 4 Pine Street, Vineyard Have, MA 02568
(508) 693-2007, ramal 26

