

## AVALIAÇÃO PSICOEDUCACIONAL NO CONTEXTO ESCOLAR

### ENTREVISTA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL – ANEXO 4

Realizada pelo(a) professor(a) da SRM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Estudante:

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Ano/Série: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Período: ( ) integral ( ) matutino ( ) vespertino

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Telefones:

Professor(a): \_\_\_\_\_

Coordenador(a)

Pedagógico(a): \_\_\_\_\_

#### 2. INFORMAÇÕES SOBRE QUEM RESPONDEU A ENTREVISTA (pai/mãe/responsável)

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teve dificuldades de aprendizagem?: ( ) sim ( ) não

Profissão: \_\_\_\_\_

#### 3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR (citar também o(a) estudante que está sendo avaliado(a):

##### 3.1 Pessoas com quem o(a) estudante reside:

Nome	Idade	Grau de Parentesco	Grau de Escolaridade	Apresentou ou apresenta Dificuldade de Aprendizagem	Profissão



**Umuarama**  
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA  
EDUCAÇÃO

**ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX**  
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL  
(completar ou retirar de acordo com o que a unidade oferece)

Preencher com endereço completo  
CEP: XXXXX Fone: XXXXX


**3.2 Rotina Familiar:**

Qual é a rotina da criança? (Interação, socialização, brinca com outras crianças, ajuda nos afazeres domésticos, participa da rotina da família).

a) Segunda a sexta:

---

---

---

b) Finais de semana:

---

---

---

**3.3. Quais atividades a família realiza com a criança:**

( ) atividades escolares

( ) brincadeiras em casa

( ) passeios ao ar livre

( ) eventos culturais (cinema, teatro, apresentações)

( ) leitura/ contação de histórias

( ) Outros, quais?

**4. INFORMAÇÕES ESCOLARES**

a) Qual a queixa que a escola relatou em relação à criança?

---

---

---

---



**Umuarama**  
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA  
EDUCAÇÃO

**ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX**  
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL  
(completar ou retirar de acordo com o que a unidade oferece)

Preencher com endereço completo  
CEP: XXXXX Fone: XXXXX

b) O que a família espera que seja feito em relação a essa queixa?

---

---

---

---

#### 4.1 Histórico Escolar

a) Frequentou Centros de Educação Infantil (Cmei, creche)?

( ) sim: ( ) Particular ( ) Pública  
( ) não

b) Já houve retenção/ reprovação em anos anteriores? Em qual série/ano? ( ) sim ( ) não

( ) 1º ano ( ) 2º ano ( ) 3º ano ( ) 4º ano ( ) 5º ano

c) A criança participa de alguma atividade extraclasse?

( ) sim ( ) não

Qual?

---

---

d) Qual familiar/responsável acompanha a vida escolar da criança participando de reuniões, apresentações, conversando com os professores e gestores etc.?

---

---

#### 4.2 Quais habilidades e/ou dificuldades percebe na criança?

Sabe ler?

\_\_\_\_\_ Sabe

escrever? \_\_\_\_\_

Faz operações

matemáticas? \_\_\_\_\_ O que

sabe fazer bem? \_\_\_\_\_

O que mais gosta na

escola? \_\_\_\_\_

#### 5. OUTRAS INFORMAÇÕES



**Umuarama**  
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA  
EDUCAÇÃO

**ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX**  
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL  
(completar ou retirar de acordo com o que a unidade oferece)

Preencher com endereço completo  
CEP: XXXXX Fone: XXXXX

### 5.1 Alimentação

Tem horário definido para realizar as refeições: ( ) sim ( ) não

Se alimenta sozinho: ( ) sim ( ) não

Mastiga bem: ( ) sim ( ) não

Come depressa: ( ) sim ( ) não

Segura o talher: ( ) sim ( ) não

Tem alguma restrição alimentar, intolerância ou alergias: ( ) sim ( ) não.

Se \_\_\_\_\_ sim, \_\_\_\_\_ quais?

Realiza as refeições utilizando aparelhos eletrônicos/tecnológicos (tv, tablet, celular...):

( ) sim ( ) não . Se sim, quais? \_\_\_\_\_

### 5.2 Controle dos Esfínteres

Utiliza fralda: ( ) sim ( ) não

Necessita de apoio ao usar o banheiro: ( ) sim ( ) não

### 5.3 Evolução Psicomotora

Anda sozinho(a): ( ) sim ( ) não

Anda com apoio: ( ) sim ( ) não

Qual mão é dominante: ( ) destro ( ) canhoto ( ) ambidestro

Cai muito: ( ) sim ( ) não

Esbarra com frequência: ( ) sim ( ) não

Anda de bicicleta: ( ) sim ( ) não

Joga bola: ( ) sim ( ) não

Pula corda: ( ) sim ( ) não

Pratica esporte: ( ) sim ( ) não Quais? \_\_\_\_\_

Segura com firmeza objetos: ( ) sim ( ) não

Está sempre correndo em vez de caminhar: ( ) sim ( ) não



#### 5.4 Autocuidado e Autonomia

Utiliza o banheiro: ( ) sozinho(a) ( ) com auxílio

Toma banho: ( ) sozinho(a) ( ) com auxílio

Escova os dentes: ( ) sozinho(a) ( ) com auxílio

Penteia-se: ( ) sozinho(a) ( ) com auxílio

Veste-se: ( ) sozinho(a) ( ) com auxílio

Coloca os calçados: ( ) sozinho (a) ( ) com auxílio

Organiza seus pertences: ( ) sozinho (a) ( ) com auxílio

#### 5.5 Comunicação

Como a criança se comunica? ( ) verbal oral ( ) gestos, expressão corporal, facial

Faz contato visual? ( ) sim ( ) não

Sabe expressar suas ideias com começo, meio e fim? ( ) sim ( ) não

Consegue reproduzir/contar uma história? ( ) sim ( ) não

Apresenta algum problema na fala? ( ) sim ( ) não

Se sim, cite o problema: \_\_\_\_\_

#### 5.6 Segurança

A criança tem noção do perigo? ( ) sim ( ) não

Segue regras de segurança? ( ) sim ( ) não

Solicita ajuda quando está em situação de perigo? ( ) sim ( ) não

#### 5.7 Sono

a) Qual é a rotina do sono? (horário que dorme e acorda)

b) Qualidade do sono:

( ) Tranquilo

( ) Agitado(a)

( ) Acorda várias vezes durante a noite



**Umuarama**  
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA  
EDUCAÇÃO

**ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX**  
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL  
(completar ou retirar de acordo com o que a unidade oferece)

Preencher com endereço completo  
CEP: XXXXX Fone: XXXXX

( ) Fala durante o sono

( ) É sonâmbulo

c) O que a família costuma fazer com a criança antes de dormir?

---

---

---

d) A criança faz uso de equipamentos eletrônicos antes de pegar no sono? (Tv, tablet, celular, videogame...).

( ) sim ( ) não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

## 6. HISTÓRICO CLÍNICO

a) A criança apresenta algum problema de saúde? ( ) sim ( ) não

Se sim, cite qual/quais problema(s):

---

---

b) Possui algum laudo médico? ( ) sim ( ) não

Qual o diagnóstico? \_\_\_\_\_

c) A criança faz acompanhamentos clínicos? Quais?

Neurológico ( )

Odontológico ( )

Oftalmológico ( )

Fonoaudiológico ( )

Ortopédico ( )

Fisioterápico ( )

Psiquiátrico ( )

Pedagógico ( )

Otorrinolaringológico ( )

Psicológico ( )

Outros: \_\_\_\_\_

d) Faz uso de medicamentos atualmente? Quais?

---

---



**Umuarama**  
PREFEITURA DA CIDADE

▶ SECRETARIA  
EDUCAÇÃO

**ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX**  
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL  
(completar ou retirar de acordo com o que a unidade oferece)

Preencher com endereço completo  
CEP: XXXXX Fone: XXXXX

7. OBSERVAÇÕES (pontos relevantes que a família deseja informar).

---

---

---

Umuarama, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Nome completo do entrevistado