

<b>Idade:</b>	
<b>Ano Escolar:</b>	

1. **Você possui algum problema de visão?** Sim ( ) Não ( )  
a. **SE SIM, QUAL?**

--

2. **A iluminação da sua sala de aula você considera?**

Escura				Muito clara
1	2	3	4	5

3. **Você considera sua cadeira de sala de aula:**

Desconfortável				Confortável
1	2	3	4	5

4. **A sua sala de aula possui mesas inclináveis?** Sim ( ) Não ( )

5. **Quanto a temperatura da sua sala de aula, você a considera?**

Fria				Quente
1	2	3	4	5

6. **Você considera as carteiras de sua sala de aula como?**

Muito Ruim	Ruim	Razoável	Boa	Ótima

7. **Quanto tempo você utiliza o computador por dia?**

1 – 3 Horas	3 – 5 Horas	5 – 6 Horas	6 a 10 Horas	Mais de 10
-------------	-------------	-------------	--------------	------------

8. **Quanto tempo de estudos fora da sala de aula você dedica por dia?**

1 – 3 Horas	3 – 5 Horas	5 – 6 Horas	6 a 10 Horas	Mais de 10
-------------	-------------	-------------	--------------	------------

9. **Você já utilizou algum dispositivo computadorizado baseado em toque?** ( ) Sim ( ) Não

10. Você já viu química orgânica na sua escola? ( ) Sim ( ) Não

11. Você costuma ter aulas de química em um ambiente de laboratório? ( ) Sim ( ) Não

12. Você consegue nomear compostos de química orgânica? ( ) Sim ( ) Não

13. Quanto tempo você dedica por semana ao aprendizado de Química? (Contando aulas)

1 – 3 Horas	3 – 5 Horas	5 – 6 Horas	6 a 10 Horas	Mais de 10
-------------	-------------	-------------	--------------	------------

14. Quantos elementos da tabela periódica você conhece por sua abreviatura?

Nenhum	Entre 1 e 10	Entre 11 e 20	Entre 21 e 30	Mais de 30
--------	--------------	---------------	---------------	------------

15. Quando você aprende algum novo composto orgânico, você tem ideia de onde ele é onde ele é utilizado?

--

16. Já foi utilizado algum método alternativo de ensino na área de química orgânica na sua escola? Sim ( ) Não ( ) Qual?

--