

FICHA DE ENTREVISTA PAIS DE ALUNOS NOVOS**1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:**

Nome: _____

Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: / /

Idade: _____

Série pretendida: _____

Turno: () Manhã () Tarde

2- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA:

Nome do Pai: _____ Tel: _____

Nome da Mãe: _____ Tel: _____

O aluno mora com: () Pais () Pai () Mãe () Parentes () Outros

O aluno mantém relacionamento com o progenitor que não mora com ele? () Sim () Não

Com que frequência?

Irmãos: () Sim () Não Quantos? _____ Idade? _____.

3- DADOS ESCOLARES:

• Como foi seu ingresso na escola? _____

• Idade que ingressou na escola? _____.

• Ocorreu algum episódio marcante no seu primeiro ano escolar? Qual? _____.

• Apresentou ou apresenta alguma dificuldade na leitura, escrita, matemática, interpretação, construção de textos, etc? _____.

• Gosta de ler? () sim () não

Fazer tarefas escolares? () sim () não

4- SAÚDE/TRATAMENTOS:

• Quais os problemas de saúde que já apresentou desde o seu nascimento? _____.

• Faz tratamento medicamentoso ou qualquer outro tipo de tratamento de saúde? _____.

• Houve alguma internação? _____.

• Já consultou:

() Neurologista

() Oftalmologista

() Psiquiatra

() Otorrinolaringologista

() Psicólogo

() Fonoaudiólogo

() Psicopedagogo

() Outros. Quais? _____.

Em caso afirmativo das especialidades acima, qual a “queixa” e qual o diagnóstico?

_____.

5- ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DO(A) FILHO(A)

- O que mais gosta de fazer? _____
- Como reage quando é repreendido? _____
- Tem alguma responsabilidade em casa? Qual? _____
- Quais são os seus comportamentos que mais chamam a atenção? _____

Assinale os comportamentos que seu filho apresenta:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não gosta de ser tocado. | <input type="checkbox"/> Tiques. |
| <input type="checkbox"/> Alterações frequentes de humor. | <input type="checkbox"/> Mente com facilidade. |
| <input type="checkbox"/> Reações frequentes de euforia. | <input type="checkbox"/> Falta de atenção / concentração. |
| <input type="checkbox"/> Tristeza. | <input type="checkbox"/> Dificuldades para dormir. |
| <input type="checkbox"/> Chora com facilidade. | <input type="checkbox"/> Demonstra imaturidade. |
| <input type="checkbox"/> Reações de medo e insegurança. | <input type="checkbox"/> Demonstra apatia. |
| <input type="checkbox"/> Manias alimentares. | <input type="checkbox"/> Demonstra autoritarismo. |
| <input type="checkbox"/> Auto – agride – se / agride os outros. | <input type="checkbox"/> Reclama com frequência. |
| <input type="checkbox"/> Encoprese noturna ou diurna (defecar). | <input type="checkbox"/> Passa muito tempo em frente a TV e computador. |
| <input type="checkbox"/> Enurese noturna ou diurna (urinar). | <input type="checkbox"/> Não gosta de compartilhar suas coisas. |
| <input type="checkbox"/> Queixa – se de muitas dores. | <input type="checkbox"/> Rituais e/ou movimentos repetitivos com as mãos e pés |

6- PAIS E ESCOLA

- Qual o motivo que os levou a escolherem nossa escola? _____
- Possuem alguma dúvida ou insegurança com relação à metodologia, filosofia ou grupo de profissionais de nosso colégio? _____
- Comprometem-se a cumprir todas as solicitações cabíveis por parte da escola submetendo-se as regras da mesma?
() SIM () NÃO () TALVEZ
- Existem alguma informação ou observação que a escola deveria conhecer para melhor acompanhar o aluno? Qual?

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável _____

Entrevista realizada por _____