



## QUESTIONÁRIO PARA PAIS DE CRIANÇAS DO JARDIM DE INFÂNCIA 2021-2022

Nome da Escola primária: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO DO ALUNO

Nome do filho(a): \_\_\_\_\_

Prenome \_\_\_\_\_ Nome do meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Língua materna: \_\_\_\_\_

- O seu filho(a) já frequentou pré-escola ou creche antes?  Sim  Não

Se afirmativo, nome da pré-escola ou creche: \_\_\_\_\_

Datas de comparecimento: \_\_\_\_\_ Número de dias por semana: \_\_\_\_\_

- Podemos contactar a pré-escola para apoiar a transição da criança para o jardim de infância?

Sim  Não

- Por favor, marque os seguintes traços de personalidade que descrevem seu filho(a):

Amigável  Determinado  Cooperativo  Tímido

Muito ativo  Independente  Automotivado  Outro: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO FAMILIAR

- Outras crianças e/ou membros da família em casa:

<u>Nome</u>	<u>Idade</u>	<u>Nome</u>	<u>Idade</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- Por favor, conte-nos qualquer outra informação familiar que gostaria de compartilhar conosco.

## HISTÓRICO DE DESENVOLVIMENTO

- Seu filho ou filha foi prematuro de mais de 3 semanas?  Sim  Não    Peso ao nascer: \_\_\_\_\_
- Quando bebê, seu filho ou filha era:     Quietos  Ativo  Difícil de acalmar
- Com que idade seu filho ou filha:    Sentou sem apoio: \_\_\_\_\_  
Andou sem ajuda: \_\_\_\_\_  
Usou palavras isoladas com significado: \_\_\_\_\_

- O seu filho(a) foi analisado ou avaliado anteriormente?  Sim  Não

Se afirmativo, por quem: \_\_\_\_\_

- Seu filho(a) já recebeu serviços especiais por meio de escola, hospital ou agência privada antes? (p.ex. Intervenção precoce)     Sim  Não

Se afirmativo, quais serviços foram prestados:

- Seu filho(a) já esteve gravemente doente?     Sim  Não

Se afirmativo, explique:

- Seu filho(a) já esteve hospitalizado(a)?     Sim  Não

Se afirmativo, quanto tempo, com que idade e por quê?

- Seu filho(a) tem excesso de raiva?     Sim  Não

Se afirmativo, como lida com seu filho(a) nessas ocasiões?

- Tem preocupações acadêmicas com seu filho(a)?     Sim  Não

Se afirmativo, explique:

- Tem preocupações sociais/emocionais com seu filho(a)?     Sim  Não

Se afirmativo, explique:

## HÁBITOS DIÁRIOS

- O seu filho(a) brinca com crianças fora da família?  Sim  Não
- Se filho(a) prefere brincar com crianças mais novas?  Sim  Não
- Como seu filho(a) prefere passar seu tempo?

- Quais são seus brinquedos e atividades favoritos?

- Seu filho(a) gosta que leiam para ele ou ela?  Sim  Não

Se afirmativo, por quem: \_\_\_\_\_

- Seu filho(a) tem responsabilidades em casa?  Sim  Não

Se afirmativo, explique:

- Seu filho(a) se veste sozinho, lida com zíperes e recolhe seus brinquedos?  Sim  Não

- Ocorreu algum evento significativo ou perturbador na vida do seu filho(a)?  Sim  Não

Se afirmativo, explique:

- Como o seu filho(a) se sente sobre entrar para o jardim de infância?

- Há mais alguma coisa que gostaria que soubéssemos sobre seu filho(a)?

Assinatura do progenitor/responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_