

The School Board of Broward County, Florida
Exceptional Student Education (ESE) & Support Services
Questionário para Pais de Iniciantes da Língua Inglesa

Nome do Estudante _____ Escola: _____
(Student's Name) (School)
 Série: _____ Pessoa de Contato: _____
(Grade) (Contact Person)
 Data de Nascimento _____ Local de Nascimento: _____
(Birthdate) (Birthplace)
 Pai/Responsável _____ Telefone: _____
(Parent/Guardian) (Phone)

1. O seu filho já morou fora dos Estados Unidos? Sim Não
(Has your child ever lived outside of the United States? Yes/No)
2. Se sim, onde? _____ De que idade a que idade? _____ a _____
(If yes, where?) (From what age to what age?)
3. Há quanto tempo a sua família mora nos Estados Unidos? _____
(How long has your family lived in the United States?)
4. Com que frequência o seu filho visita o seu país de origem? _____
(How often does your child visit his/her homeland?)
5. Em que idioma(s) o seu filho recebeu educação formal? _____
(In what language(s) has your child received formal schooling?)
6. Que idioma(s) é/são falado(s) em sua casa? _____
(What language(s) are spoken in your home?)
7. Em que idioma(s) você fala com seu filho? _____
(In what language(s) do you speak to your child?)
8. Em que idioma(s) as pessoas mais idosas da família falam com seu filho? _____
(In what language(s) do older family members speak to your child?)
9. Em que idioma(s) as outras crianças falam com seu filho? _____
(In what language(s) do other children speak to your child?)
10. Em que idioma o seu filho fala com você? _____
(In what language does your child speak to you?)
11. Em que idioma o seu filho fala com as pessoas mais idosas da família? _____
(In what language does your child speak to older family members?)
12. Em que idioma o seu filho fala com outras crianças? _____
(In what language does your child speak to other children?)
13. Que idioma o seu filho aprendeu a falar primeiro? _____ Com que idade ele falou as suas primeiras palavras? _____
(Which language did your child learn to speak first?) (At what age did they speak his/her first words?)
14. Com que idade o seu filho começou a aprender inglês? _____ Onde? _____
(At what age did your child begin to learn English?) (Where?)
15. O seu filho é frequentemente exposto à TV, internet, jornais, livros, serviços religiosos, etc., em seu idioma materno?
 Sim Não *(Is your child exposed to TV, internet, newspapers, books, religious services, etc., in your home language on a regular basis? Yes/No)*
16. Você tem alguma preocupação a respeito das habilidades de linguagem do seu filho? Sim Não
(Do you have any concerns about your child's language abilities? Yes/No)
17. Você, ou outras pessoas, têm dificuldade em compreender a fala do seu filho? Sim Não Se sim, explique.
(Do you or other people have trouble understanding your child's speech? Yes/No. If yes, explain)

The School Board of Broward County, Florida
Exceptional Student Education (ESE) & Support Services
Questionário para Pais de Iniciantes da Língua Inglesa

18. O seu filho fala tão bem quanto os seus irmãos? Sim Não Ou outras crianças da mesma idade? Sim Não
(Does your child talk as well as your other children? Yes/No; Other children his/her same age? Yes/No)
19. O seu filho usa gestos com frequência em vez de falar? Sim Não
(Does your child frequently use gesture instead of speech? Yes/No)
20. O seu filho tem dificuldade em responder perguntas em inglês ou em seu idioma materno? Sim Não Se sim, explique. *(Does your child have difficulty answering questions in English or your home language? Yes/No. If yes, explain)*
21. O seu filho tem dificuldade em seguir instruções em inglês ou em seu idioma materno? Sim Não Se sim, explique. *(Does your child have difficulty following directions in English or your home language? Yes/No. If yes, explain)*
22. Algum membro da família tem antecedentes de dificuldades de comunicação? Sim Não
(Do any family members have a history of communication difficulties? Yes/No)
23. O seu filho já fez terapia fonoaudiológica ou alguma outra terapia no passado? Sim Não
Se sim, em que idioma? _____ Onde? _____
Explique: _____
(Has your child received speech/language therapy or any other therapy in the past? Yes/No. In what language? Where? Explain.)

Assinatura da pessoa que preencheu este formulário _____ Data ____/____/____
(Signature of person completing this form) (Date)

Título ou parentesco com o aluno _____
(Title or relationship to student)