

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DOS PAIS (PIF)

Prezados Pais/Tutores Legais:

As informações fornecidas pelos senhores ajudarão no planejamento da educação de seu/sua filho(a). **Sua opinião é muito importante, portanto, responda a todas as perguntas da forma mais completa e precisa possível.** Se precisar de ajuda, entre em contato com o orientador escolar ou com o especialista em ESE da escola de seu/sua filho(a). Agradecemos pela sua cooperação.

I. PESSOA QUE ESTÁ PREENCHENDO ESTE FORMULÁRIO

NOME _____ DATA _____

TÍTULO OU RELAÇÃO COM A CRIANÇA _____

II. DADOS DEMOGRÁFICOS DO(A) ESTUDANTE

ESTUDANTE _____ SEXO _____ DATA DE NASC. _____ IDADE _____

ESCOLA _____ SÉRIE _____ PROFESSOR(A) _____

ENDEREÇO ATUAL DO(A) ESTUDANTE _____

HÁ QUANTO TEMPO O ESTUDANTE MORA NO CONDADO DE BROWARD? _____ NO ENDEREÇO ATUAL? _____

O ESTUDANTE MORA COM AMBOS OS PAIS BIOLÓGICOS SIM[] NÃO[] CASO NÃO, FAVOR EXPLICAR (E INDICAR A DATA DA ADOÇÃO, SEPARAÇÃO, DIVÓRCIO, FALECIMENTO, ETC.) _____

O ESTUDANTE TEM CONTATO COM ALGUM DOS PAIS QUE NÃO TENHA A CUSTÓDIA? SIM[] NÃO[] COM QUE FREQUÊNCIA? _____

MÃE/RESPONSÁVEL _____

PAI/RESPONSÁVEL _____

ENDEREÇO _____

ENDEREÇO _____

TELEFONE: Trabalho _____ Celular _____

TELEFONE: Trabalho _____ Celular _____

E-MAIL: _____

E-MAIL: _____

ESCOLARIDADE _____

ESCOLARIDADE _____

OCUPAÇÃO _____

OCUPAÇÃO _____

IDADE QUANDO A CRIANÇA NASCEU _____

IDADE QUANDO A CRIANÇA NASCEU _____

NOMES DE IRMÃOS/IRMÃS

SEXO IDADE MORANDO EM CASA

ESCOLA

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

NOMES DE OUTRAS PESSOAS NO DOMICÍLIO:

RELAÇÃO

IDADE

_____	_____	_____
_____	_____	_____

III. INFORMAÇÕES GERAIS**GRAVIDEZ, NASCIMENTO E HISTÓRICO DE DESENVOLVIMENTO:**

HOUE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ? (FAVOR EXPLICAR) _____

MESES DE GRAVIDEZ _____ PESO AO NASCER _____ LIBRAS E _____ ONÇAS

DESCREVA A SAÚDE DA MÃE E DA CRIANÇA DURANTE A GRAVIDEZ E APÓS O NASCIMENTO _____

INDIQUE A IDADE EM QUE A CRIANÇA, PELA PRIMEIRA VEZ:

SENTOU-SE _____ COMEÇOU A ANDAR _____ USOU O BANHEIRO _____

FALOU PALAVRAS _____ FALOU FRASES _____

FAVOR INDICAR SE SEU/SUA FILHO(A) TEVE ALGUM PROBLEMA NAS SEGUINTE ÁREAS DE DESENVOLVIMENTO:

AUDIÇÃO _____ COORDENAÇÃO _____

VISÃO _____ FALA _____

COMUNICAÇÃO _____ SOCIALIZAÇÃO _____

SEU/SUA FILHO(A) JÁ RECEBEU TERAPIA DE FALA/LINGUAGEM OU QUALQUER OUTRA TERAPIA NO PASSADO?

SIM[] NÃO[] FAVOR EXPLICAR: _____

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

INDIQUE QUANDO A CRIANÇA TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE CONDIÇÕES:

FEBRE ALTA _____ DOR DE CABEÇA _____

INFECÇÃO DE OUVIDO _____ DIABETES _____

MENINGITE _____ ASMA _____

ALERGIAS _____

CONVULSÕES (EXPLICAR): _____

ACIDENTES (EXPLICAR): _____

LESÃO NA CABEÇA (EXPLICAR): _____

SEU/SUA FILHO(A) PERDEU A CONSCIÊNCIA? NÃO[] SIM[] POR QUANTO TEMPO? _____

OUTRA CONDIÇÃO (EXPLICAR): _____

A CRIANÇA JÁ FOI HOSPITALIZADA? NÃO[] SIM[]

RAZÃO _____ IDADE _____ POR QUANTO TEMPO? _____

RAZÃO _____ IDADE _____ POR QUANTO TEMPO? _____

SEU/SUA FILHO(A) USA ÓCULOS/LENTE DE CONTATO? NÃO[] SIM[] DATA DO ÚLTIMO EXAME _____

SEU/SUA FILHO(A) USA APARELHO AUDITIVO? NÃO[] SIM[] DATA DO ÚLTIMO EXAME _____

MÉDICO DA CRIANÇA _____ DATA DO ÚLTIMO EXAME _____

CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL DA CRIANÇA _____

A CRIANÇA JÁ CONSULTOU ALGUM DESTES ESPECIALISTAS?

PSICÓLOGO: QUEM? _____ DATA _____ RAZÃO _____

PSIQUIATRA: QUEM? _____ DATA _____ RAZÃO _____

NEUROLOGISTA: QUEM? _____ DATA _____ RAZÃO _____

CONSELHEIRO: QUEM? _____ DATA _____ RAZÃO _____

QUAL FOI O RESULTADO/DIAGNÓSTICO? _____

SEU FILHO(A) ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO ATUALMENTE? NÃO[] SIM[] QUANDO COMEÇOU? _____

RAZÃO PARA A MEDICAÇÃO _____ NOME DO MEDICAMENTO _____

EXISTE ALGUM HISTÓRICO FAMILIAR DE PROBLEMAS MÉDICOS OU DE SAÚDE MENTAL? NÃO[] SIM[]

FAVOR EXPLICAR: _____

EXISTE ALGUM HISTÓRICO FAMILIAR DE PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM? NÃO[] SIM[] FAVOR EXPLICAR:

HISTÓRICO EDUCACIONAL:

LISTE TODAS AS ESCOLAS QUE O(A) ESTUDANTE FREQUENTOU (INCLUA A PRÉ-ESCOLA, SE FOR O CASO):

NOME DA ESCOLA	LOCAL	SÉRIE(S)	RAZÃO DA SAÍDA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IDADE EM QUE O(A) ESTUDANTE COMEÇOU O JARDIM DE INFÂNCIA _____ REPETIU
ALGUMA SÉRIE? NÃO[] SIM[]

CASO SIM, QUAL SÉRIE? _____ POR QUÊ? _____

IV. FUNCIONALIDADE ATUAL**FUNCIONALIDADE EDUCACIONAL ATUAL:**

O QUE SEU/SUA FILHO(A) SENTE EM RELAÇÃO À ESCOLA? _____

O QUE VOCÊ ACHA DO PROGRAMA EDUCACIONAL ATUAL DE SEU/SUA FILHO(A)?

SEU/SUA FILHO(A) ESTÁ TENDO DIFICULDADES NA ESCOLA? NÃO[] SIM[]

CASO SIM, O QUE VOCÊ ACHA QUE É O PROBLEMA? _____

QUANDO E COMO COMEÇOU ESTE PROBLEMA? _____

FATORES DOMICILIARES:

COMO O(A) ESTUDANTE SE RELACIONA COM:

MÃE _____ IRMÃS _____

PAI _____ IRMÃOS _____

INDIQUE SE ALGUM DOS FATORES A SEGUIR REPRESENTA UM PROBLEMA PARA SEU/SUA FILHO(A) E EXPLIQUE-O ABAIXO:

[] COMER [] DORMIR [] ACIDENTE DE BANHEIRO [] MORDER AS UNHAS

[] EXCESSO DE ATIVIDADE [] FALTA DE ATIVIDADE [] MEDOS INCOMUNS [] PESADELOS

[] FALTAR ÀS AULAS [] DESATENÇÃO [] EXPLOSÕES DE TEMPERAMENTO [] AUTOMUTILAÇÃO

[] USO DE ÁLCOOL/DROGAS [] FUGIR DE CASA [] SEGUIR REGRAS [] PREOCUPAR-SE MUITO

[] CONVIVER COM OS OUTROS [] ESPASMOS NERVOSOS [] CHUPAR O POLEGAR

[] SENSIBILIDADE AO TOQUE/LUZ/SONS/TEXTURAS

FAVOR EXPLICAR: _____

COMO VOCÊ LIDA COM ESSES PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM CASA (POR EXEMPLO, DISCIPLINA, CONSEQUÊNCIAS, ETC.)? _____

EXISTEM CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES, OU NO PASSADO, QUE POSSAM TER CONTRIBUÍDO PARA AS DIFICULDADES ATUAIS DO(A) ESTUDANTE (E.G., PERDA DE EMPREGO, DOENÇA GRAVE, MORTE DE ENTE QUERIDO, PANDEMIA DE COVID-19)? FAVOR EXPLICAR: _____

COMO SEU/SUA FILHO(A) PASSA A MAIOR PARTE DO TEMPO? SOZINHO(A) [] COM CRIANÇAS MENORES []
COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE [] COM CRIANÇAS MAIORES [] COM ADULTOS []

SEU/SUA FILHO(A) ENCONTRA-SE COM AMIGOS FORA DA ESCOLA? NÃO [] SIM []
COM QUE FREQUÊNCIA? _____

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS INTERESSES OU HOBBIES DE SEU/SUA FILHO(A)? _____

NO ESPAÇO ABAIXO, DESCREVA OS PONTOS FORTES DE SEU/SUA FILHO(A), SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A ELE(A) E QUAISQUER COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

(ANEXAR FOLHAS ADICIONAIS, SE NECESSÁRIO)

COMENTÁRIOS DO TUTOR LEGAL 1: _____

NOME DO TUTOR LEGAL 1: _____

COMENTÁRIOS DO TUTOR LEGAL 2: _____

NOME DO TUTOR LEGAL 2: _____

V. OUTROS IDIOMAS

(PREENCHA A SEÇÃO ABAIXO SOMENTE SE OUTRO IDIOMA ALÉM DO INGLÊS FOR FALADO EM CASA)

SEU/SUA FILHO(A) JÁ MOROU FORA DOS ESTADOS UNIDOS? SIM[] NÃO[]

CASO SIM, ONDE? _____ DE QUE IDADE A QUE IDADE? _____ ATÉ _____

HÁ QUANTO TEMPO SUA FAMÍLIA MORA NOS ESTADOS UNIDOS? _____

COM QUE FREQUÊNCIA SEU/SUA FILHO(A) VISITA SEU PAÍS DE ORIGEM? _____

EM QUE IDIOMA(S) SEU/SUA FILHO(A) RECEBEU EDUCAÇÃO FORMAL? _____

QUE IDIOMA(S) É(SÃO) FALADO(S) EM SUA CASA? _____

EM QUE IDIOMA(S) VOCÊ FALA COM SEU/SUA FILHO(A)? _____

EM QUE IDIOMA(S) OS FAMILIARES MAIS IDOSOS FALAM COM SEU/SUA FILHO(A)? _____

EM QUE IDIOMA(S) AS OUTRAS CRIANÇAS FALAM COM SEU/SUA FILHO(A)? _____

EM QUE IDIOMA SEU/SUA FILHO(A) FALA COM VOCÊ? _____

EM QUE IDIOMA SEU/SUA FILHO(A) FALA COM OS FAMILIARES MAIS IDOSOS? _____

EM QUE IDIOMA SEU/SUA FILHO(A) FALA COM OUTRAS CRIANÇAS? _____

QUAL IDIOMA SEU/SUA FILHO(A) APRENDEU A FALAR PRIMEIRO? _____

COM QUE IDADE SEU/SUA FILHO(A) COMEÇOU A APRENDER INGLÊS? _____ ONDE? _____

SEU/SUA FILHO(A) É EXPOSTO(A) COM FREQUÊNCIA A TELEVISÃO, INTERNET, JORNAIS, LIVROS, CERIMÔNIAS RELIGIOSAS, ETC., EM SEU IDIOMA MATERNO? SIM[] NÃO[]

VOCÊ TEM ALGUMA PREOCUPAÇÃO SOBRE AS HABILIDADES LINGUÍSTICAS DE SEU/SUA FILHO(A)? SIM[] NÃO[]

VOCÊ OU OUTRAS PESSOAS TÊM DIFICULDADE PARA ENTENDER A FALA DE SEU/SUA FILHO(A)? SIM[] NÃO[]

CASO SIM, FAVOR EXPLICAR: _____

SEU/SUA FILHO(A) FALA TÃO BEM QUANTO SEUS OUTROS FILHOS? SIM[] NÃO[] OUTRAS CRIANÇAS DA MESMA IDADE? SIM[] NÃO[]

SEU/SUA FILHO(A) COSTUMA USAR GESTOS EM VEZ DE FALAR? SIM[] NÃO[]

SEU FILHO(A) TEM DIFICULDADE PARA RESPONDER A PERGUNTAS EM INGLÊS OU EM SEU IDIOMA MATERNO?

SIM[] NÃO[] CASO SIM, EXPLIQUE: _____

SEU/SUA FILHO(A) TEM DIFICULDADE EM SEGUIR INSTRUÇÕES EM INGLÊS OU EM SEU IDIOMA MATERNO?

SIM[] NÃO[] CASO SIM, EXPLIQUE: _____

ALGUM DE SEUS FAMILIARES TEM UM HISTÓRICO DE DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO? SIM[] NÃO[]

Obrigado por preencher este formulário.