

ANEXO 4

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

DA IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

01. Idade: _____ **02. Data de Nascimento:** ____/____/____

03. Género: Feminino Masculino

04. Residência: Distrito: _____

Concelho: _____

Freguesia: _____

05. Nacionalidade: _____ **06. Naturalidade:** _____

07. Habilitações literárias do pai e da mãe da criança.

	Pai	Mãe
- Não sabe escrever.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sabe escrever mas não completou a 4ª classe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Básico 1.º Ciclo (4.º classe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Básico 2.º Ciclo (6.º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Básico 3.º Ciclo (9.º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Secundário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Curso Médio / Bacharelato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Licenciatura ou superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Outro. Qual? _____

08. Membros do agregado familiar:

- Pai Estado civil: _____

- Mãe Estado civil: _____

- Irmãos Quantos? _____

Idades: _____

- Avô

- Avó

- Outros Quem? _____

09. Profissão dos Pais:

Pai: _____ Mãe: _____

10. Dados do Encarregado de Educação:

10.1 – Grau de Parentesco: _____

10.2 - Residência: Distrito: _____

Concelho: _____

Freguesia: _____

10.3 – Habilitações Literárias: _____

10.4 – Profissão: _____

11. Habitação:

Própria

Arrendada

Outra Qual? _____

12. Tipologia habitacional

Vivenda/ Moradia

Apartamento De que tipo: T1 T2 T3 T4

Outro . Qual? _____

Tem quarto próprio? Sim Não

13. Integração sócio familiar

13.1 Situação Educacional:

Domicílio

Ama

Estab. de Ensino

Designação: _____

13.2 Deslocação para o estabelecimento de ensino:

A pé Tempo _____

De carro Tempo _____

De transportes públicos Tempo _____

Outro Qual? _____

14. Situação Educacional:

Domicílio

Ama

Estab. de Ensino

14.1 Quem costuma levar a criança à escola:

Pai

Mãe

Avós

Outros Quem? _____

14.2 Situação actual do aluno:

Estab. Ens. Publico

Estab. Ens. Particular e Cooperativo

IPSS

Outro Qual? _____

Há quanto tempo frequenta o Estabelecimento de Ensino?

Ano escolar: _____

Número de retenções: _____

Número de transferências escolares: _____

Tem apoio: Sim Não

Há quanto tempo o recebe: _____

Que tipo de apoio tem:

Quantas vezes por semana?

Terapia da Fala 1 vez 2 vezes 3 vezes

Terapia Ocupacional 1 vez 2 vezes 3 vezes

Fisioterapia 1 vez 2 vezes 3 vezes

Psicologia 1 vez 2 vezes 3 vezes

Prof. do Ensino Especial 1 vez 2 vezes 3 vezes

15. Antecedentes Familiares

Algun dos membros da família sofreu ou sofre de:

Grau de Parentesco

Atrofia muscular _____

Paralisia cerebral _____

Deficiência mental _____

Deficiência sensorial _____

Perturbação emocional _____

Diabetes _____

Asma _____

Sífilis _____

Alcoolismo _____

Outras _____

Observações: _____

16. Informação Pré, Peri e Pós-natal

Cuidados médicos na gravidez: Sim Não

Quando foi a primeira consulta: _____

Quantas fez mais: _____

Problemas durante a gravidez:

Hemorragias Ansiedade Quedas

Transfusões Depressão Raio X

Intoxicações Tensão Alta Rubéola

Hospitalização

Duração da gravidez: _____

Local do nascimento: _____

Tipo de parto: _____

Duração: _____

Assistência:

Médico Parteira

Outra Qual? _____

16.1 Alguns dados pós-natais:

Anóxia Cordão à volta do pescoço

Icterícia Luxações

Incubadora Chorou

Peso _____ Comprimento _____

Apgar _____

Amamentação: Mama Biberão

Observações: _____

17. Desenvolvimento na primeira infância

17.1 Em que idade o aluno começou a:

Segurar a cabeça _____ Sentar-se _____

Gatinhar (9/10) _____ Pôr-se de pé (9/12) _____

Andar sozinho (12/18) _____ Acenar _____

Dizer os 1^{os} sons _____ Dizer as 1^{as} palavras _____

Controlar os esfíncteres (18/24) _____ Alimentar-se sozinho _____

Vestir-se sozinho _____

Observações: _____

17.2 Rotina familiar:

Horário das refeições: _____

Tipo de alimentação: _____

Horário de dormir: _____

Tipo de sono: _____

17.3 Autonomia:

Alimentação: _____

Higiene: _____

Vestuário: _____

17.4 Ocupação dos tempos livres:

17.5 Brincadeiras preferidas:

18. Tipo de problemas que apresenta

Problemas graves de saúde Distúrbios emocionais

Atraso de desenv. global Problemas de linguagem

Deficiência motora Deficiência mental

Deficiência visual Deficiência auditiva

Problemas de comportamento

Meios auxiliares: Sim Não Quais: _____

Hospitalizações: Sim Não Razões: _____

Observações: _____

19. Situação Clínica

19.1 Acompanhamento:

Médico Psicológico Terapias

19.2 Toma medicamentos

Sim Não

Quais: _____

19.3 Terapias

Nome dos médicos / Terapeutas	Local	Periodicidade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observações: _____

