



**LEVANTAMENTO DE DADOS PARA OS ESTUDANTES DE 2018**  
**SOE - SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL**

Nome do estudante: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Situação Conjugal: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viúva

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Situação Conjugal: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

**Caso os pais não sejam os tutores legais da criança, favor, preencher o campo abaixo:**

Tutores Legais: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DO ESTUDANTE

Número de irmãos: \_\_\_\_\_ Idade (por ordem): \_\_\_\_\_

**Comente sobre a gestação e parto de seu filho.**

---

---

---

**Como foi o desenvolvimento físico da criança (com que idade sentou, andou, falou, obteve o controle de esfínteres,...)?**

---

---

## AMBIENTE FAMILIAR

Habitação: ( ) Casa ( ) Apartamento ( ) Outros.

**Com quem a criança reside atualmente?** \_\_\_\_\_

**Seu filho(a) costuma dialogar com você? Comente.**

**Qual a conduta para corrigir algum comportamento de seu filho(a)?**

**Para o lazer, qual a atividade que seu filho(a) gosta de realizar?**

**Quais os programas que mais gosta de assistir na TV?**

**Qual horário que costuma dormir?**

**Como é o sono de seu filho(a)?**

**Costuma comer sozinho?**

---

**Seu filho (a) tem alguma necessidade especial (auditiva, motora, visual ou mental)?**

**Houve algum acidente ou fato marcante na vida da criança?**

**Como é o relacionamento do seu filho (a) dentro da família?**

### **SEXUALIDADE**

**Como você lida com as descobertas do seu filho (a) em relação à sexualidade?**

### **SOCIABILIDADE**

**Como você vê o seu filho (a)?** \_\_\_\_\_

**Como foram os vínculos sociais de seus filhos? Com quem brinca?** \_\_\_\_\_

**Quais as reações de seu filho (a) frente à frustrações?** \_\_\_\_\_

**Seu filho (a) pede ajuda para resolver suas dificuldades?** \_\_\_\_\_

**Seu filho (a) tem algum medo? Qual (is)?**

### **ESCOLA**

**Seu filho (a) fez ou faz algum acompanhamento?** ( ) Psicológico ( ) Fonoaudiológico ( ) Psicopedagógico  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Qual a queixa?** \_\_\_\_\_

**Desde quando e por quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**O estudante já realizou exames que comprovem o diagnóstico apresentado? Quais?** \_\_\_\_\_

**Esses exames/ laudos já foram entregues a escola?** ( ) Sim ( ) Não

**Caso seu filho (a) já tenha frequentado outra escola, como a instituição foi apresentada para ele (a)?**

**Como a criança percebe os seus professores?** \_\_\_\_\_

**Você observa alguma dificuldade de aprendizagem em seu filho (a)?**

---

---

---

**Qual a escola em que seu filho (a) estudava antes de vir para o La Salle?**

---

---

---

**O que os levou a procurar esta escola?**

---

---

---

**O que vocês esperam desta instituição de ensino?**

---

---

---

**Águas Claras - DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura dos Responsáveis**