**QUESTIONÁRIO CNAPNE PARA RESPONSÁVEIS**

| Nome do Estudante |  |
| --- | --- |
| Data de nascimento |  |
| Cidade em que mora |  |
| Curso |  |
| Telefone dos responsáveis |  |
| Nome dos responsáveis |  |
| Parentesco |  |

| O estudante já passou por avaliação ou acompanhamento

| Psicológico | Psiquiátrico | Neurológico | Psicopedagógico |
| --- | --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- | --- |

| O estudante possui laudo de transtorno de aprendizagem?

| Não | Sim  | Qual diagnóstico? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| O estudante frequentou

| Sala de recurso | Sala de apoio | Classe especial | Aulas não obrigatórias | Aulas particulares | Outros |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| O estudante fez reforço escolar?

| Não | Sim  | Por quanto tempo? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| O estudante possui histórico de reprovação

| Não | Sim  | Qual série e matérias? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| O estudante apresentou dificuldade durante a aprendizagem?

| Não | Sim  | Em qual série e disciplina? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| Como os pais entendem o desempenho escolar do (a) seu (ua) filho (a)?

| bom | fraco  | O que precisa melhorar? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| O estudante apresenta problema de saúde?

| Não | Sim  | Qual? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| O estudante faz uso de medicação controlada?

| Não | Sim  | Qual? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| O estudante já apresentou problema de saúde que interferiu na aprendizagem?

| Não | Sim  | Qual? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| As escolas anteriores chamavam para falar sobre dificuldades de aprendizagem?:

| Não | Sim  | Quais eram? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| Existe alguma informação referente a aprendizagem que seria importante para o Instituto Federal do Paraná - IFPR campus Palmas saber para fazer adaptações necessárias para o desenvolvimento de aprendizagem?

| Não | Sim  | Qual? |
| --- | --- | --- |

 |
| --- | --- | --- | --- |

| Como é a rotina do estudante?:

| Sono | A que horas vai dormir? |
| --- | --- |
| Tarefas | Que horário faz tarefas? |
| Ajuda na casa? | O que faz? |
| Lazer | Costuma sair? |
| Pratica esporte? | Em qual horário? |
| Redes sociais | Quanto tempo fica? Pais monitoram? |
| Tem amigos? |  |
| Tem problemas de visão? |  |
| Tem problemas auditivos? |  |
| Sensibilidade a luz, som ou outro? |  |

 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Observação:

- As informações prestadas neste formulário são sigilosas, somente a equipe CNAPNE (Coordenação do núcleo de atendimento às pessoas com necessidades educacionais específicas) e da SEPAE, terão acesso aos dados. - Reforçamos a extrema importância do fornecimento dos dados para que as adaptações necessárias sejam realizadas desde o primeiro semestre letivo. -

- O IFPR Campus Palmas sempre entrará em contato com os(as) estudantes ou pais e/ou responsáveis no caso do(a) estudante apresentar dificuldades.

- O(a) estudante, pais e/ou responsáveis devem atualizar o CNAPNE e a SEPAE em caso de acompanhamento de saúde externo.

Assinatura do(a) estudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do esponsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_