Nome da Criança:_____ **Data:**___/___/___

Escola:_____**Professora:**_____

Turma:_____**Série:**_____**Turno:**_____**Bimestre:**_____

1. **Período de Adaptação:**

Como tem sido a chegada à escola.

- No início do período

_____
_____
_____

- No momento atual (agora)

_____
_____
_____

- Sua assiduidade

_____
_____
_____

- Observações:

_____
_____
_____

2. **Participação nas atividades:**

- Participa de todas as atividades?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:

_____
_____
_____

- Como é sua participação nas atividades:

No pátio

_____
_____
_____

No refeitório

_____
_____
_____

Na sala de atividades

_____
_____
_____

De artes

_____
_____
_____

De jogos

_____
_____
_____

Na hora da história

_____
_____
_____

Na roda de conversas

_____
_____
_____

No repouso (Se dorme na escola)

_____
_____
_____

3. **Desenvolvimento sócio – emocional:**

- É uma criança alegre e comunicativa?

Sim ( ) ou Não( )

OBS:_____
_____
_____

- Demonstra sentimentos e emoções?

Sim ( ) ou Não( )

OBS:_____
_____
_____

- É criança inquieta?

Sim ( ) ou Não( )

OBS:_____

- Como interage com os amigos da sala?

- Tem se apegado só a professora ou já se sente segura no grupo?

- Como lida com a rotina da sala e os limites?

- Como brinca e realiza as atividades de rotina?

- Sente prazer e realiza as atividades de rotina?

- Sente prazer em estar na escola?

- Participação nas atividades com o grupo:

- Atendimento às solicitações da professora:

- Relacionamento com os colegas:

- Defendendo seus direitos:

_____
_____
_____

4. Desenvolvimento Físico/Motor

- Segura corretamente o lápis?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Executa Movimentos de pinça com os dedos, ao manusear pequenos objetos?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Manipular e segura objetos com destreza?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Apresenta habilidades em movimentar livremente as partes do corpo?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Desenha a si próprio?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Identifica posição e formas de objetos no espaço?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Corre e anda normalmente?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____

- É criança “estabanada” deixando cair os objetos com freqüência?

_____

- Como está sua atenção durante as atividades?

_____

5. Desenvolvimento Cognitivo

- Apresenta vocabulário de acordo com a faixa etária?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____

- Expressa seu pensamento de forma lógica e clara ao falar?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____

- Reproduzir graficamente e/ou reconhece seu nome?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____

- Reconhece o Alfabeto, identifica as letras?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____

- Lê o nome de alguns colegas da turma?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____

_____

- Cria história com seqüência lógica?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Interpreta histórias, fatos e filmes?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:_____
_____
_____

- Como tem se apresentado o desenvolvimento da linguagem?

_____
_____
_____

- Participa com gosto e interesse das atividades propostas?

_____
_____
_____

- Traz novidades e fala sobre elas na roda de atividades?

_____
_____
_____

- Fale sobre o aluno nas atividades que envolvam:

_____
_____
_____