

COLOCAR LOGO DA ESCOLA

ANEXO I

Avaliação Inicial

DADOS GERAIS

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____/

Idade: _____

Escola: _____

Ano/série: _____ Turno: _____

Tipo/grau de deficiência:

() visão subnormal/baixa visão () cegueira

PERCEPÇÃO VISUAL/TÁTIL

() ampliado () Braille

() contraste

() lupa de mão

() telelupa

() computador () fonte nº _____ especificar:

() DOSVOX

() NVDA

() Jaws

AUTO CUIDADO

() independência/autonomia em relação à higiene pessoal (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc.);

() independência/autonomia em relação ao controle de esfíncter;

() independência/autonomia no ato de vestir-se e alimentarse.

INDEPENDÊNCIA NA LOCOMOÇÃO

() deslocamento com independência em casa, na escola, na rua;

() independência e autonomia na utilização de transporte;

() não se locomove com independência.

HABILIDADE SENSORIO-MOTORA

() imagem corporal;

() esquema e equilíbrio corporal;

() percepção e memória visual;

() percepção e memória auditiva;

() percepção gustativa, tátil, olfativa;

() orientação temporal;

() orientação espacial;

() habilidade motora.

LEITURA

() está no início da aprendizagem da leitura em Braille;

() lê Braille com facilidade;

() lê utilizando uma das mãos;

() lê utilizando as duas mãos;

() reconhece os sinais de pontuação: todos(); alguns();

() lê com auxílio óptico;

() lê tamanho 24 sem auxílio óptico.

ESCRITA

usa reglete: sim() não()

usa máquina braille: sim() não()

usa computador: sim() não()

usa computador com sintetizador de voz: sim() não()

usa computador com ampliação de tela: sim() não()

usa soroban: sim() não()

Assinatura do(a) professor(a)

DATA: ____/____/____