





<p>O que você gostaria que seu filho fizesse numa próxima etapa? 1º registro</p>	<p>O que você gostaria que seu filho fizesse numa próxima etapa? 2º registro</p>
--	--

### INTERAÇÃO COM OBJETOS

Cheque o que seu filho faz agora:

- Segura um chocalho colocado em suas mãos
- Balança e morde objetos
- Espalma objetos
- Segura objetos colocados em seu peito; olho para eles (se aplicável)
- Bate objetos ou em superfícies
- Gosta de brincadeiras como pintar, na água, na areia, massa para modelar
- Tranfere objetos de uma mão a outra
- Traz as mãos á linha média para bater objetos ou bater palmas
- Tira objetos de recipientes
- Coloca objetos em recipientes
- Brinca com brinquedos manipuláveis ex: brinquedo de causa efeito, brinquedo musical, encaixe geométrico

<i>Primeiro registro, data:</i>	<i>Segundo Registro, data:</i>
Objetos favoritos:	Objetos favoritos:
Reação a objetos desconhecidos:	Reação a objetos desconhecidos:



<p>Descreva o que seu filho faz, inclusive habilidades que está desenvolvendo:</p>	<p>Descreva o que seu filho faz, inclusive habilidades que está desenvolvendo:</p>
<p>O que você gostaria que seu filho fizesse, numa próxima etapa? 1º registro</p>	<p>O que você gostaria que seu filho fizesse, numa próxima etapa? 2º registro</p>

## INTERAÇÃO COM PESSOAS

Cheque o que seu filho faz agora:

- Fica quieto quando falam com ele ou seguram no colo
- Sorri para a face dos pais; ou quando tem cócegas ou é tocado
- Explora o rosto ou corpo dos pais
- Participa de jogos sociais, ex: brincadeiras de vocalizar, esconde-esconde, jogos de queda e ação
- Observa ou ouve atividades que ocorrem por perto
- Solocita atenção individual
- Busca atenção



<i>Primeiro registro, data:</i>	<i>Segundo registro, data:</i>
Descreva o que seu filho faz, inclusive habilidades que está desenvolvendo:	Descreva o que seu filho faz, inclusive habilidades que está desenvolvendo:
O que você gostaria que seu filho fizesse, numa próxima etapa? 1ª etapa	O que você gostaria que seu filho fizesse, numa próxima etapa? 2ª etapa
Pessoas favoritas:	Pessoas favoritas:
Reação a pessoas não familiares:	Reação a pessoas não familiares:



## ROTINAS DA CASA

<b>HORA DA REFEIÇÃO</b>	<b><i>Primeiro registro, data:</i></b>	<b><i>Segundo registro, data:</i></b>
1-Onde seu filho faz as refeições		
2-Com quem seu filho come?		
3-O que ele come?		
4-Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?		
5-Alimentos que não gosta:		
6-Preferências/gostos:		
Problemas:		
Metas:		
<b>VESTIR</b>		
1-Onde seu filho se veste e se despe?		
2-O que ele faz?		
3-Quem ajuda?		



Problemas:		
Metas:		
<b>HORA DO BANHO</b>		
1-Onde seu filho toma banho?		
2-O que ele faz?		
3-Quem lhe dá banho?		
4-Preferências-gostos:		
Problemas:		
Metas:		
<b>TOALETE (se aplicável)</b>		
1-Existe um período em que seu filho se mantém seco?		
2-Ele é capaz de perceber quando suas calças estão secas ou molhadas?		
3-Usa o pinico? Quando e há quanto tempo?		



4-Como participar desta rotina?		
Metas:		
<b>HORA DE DORMIR</b>		
1-Qual é o horário do seu filho dormir?		
2-Onde ele adormece?		
3-Seu filho tem uma rotina para dormir? Ex: atividades favoritas, brinquedos, pessoas?		
4-Preferências:		
Problemas:		
Metas:		

**ATIVIDADES EM FAMÍLIA:**

1-O que seu filho gosta de fazer com os membros da família?		
2-Como seu filho participa dos momentos de lazer da família?		
3-Preferências:		
Problemas:		



Metas:		
--------	--	--

### ATIVIDADES EM COMUNIDADE

1-O que seu filho faz fora de casa?		
-Na casa dos outros		
-No consultório médico		
-Em uma loja:		
-Em um parque:		
-em outros locais:		
2-Preferências:		
Problemas:		
Metas:		

### COMUNICAÇÃO

1-Como você sabe que seu filho quer atenção: conforto, brincar, alimentar-se, beber, ou quando quer brinquedo?		
--	--	--



2-Como você sabe que seu filho está alegre, entusiasmado, se divertindo, ou cansado?		
3-Preferências:		
Problemas:		
Metas:		

## E VOCÊ?

1-Atividades que gosto de fazer com meu filho?

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

2-Atividades que não gosto de fazer com meu filho:

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

3-Descreva brevemente sua compreensão a respeito da deficiência visual e/ou outras deficiências de seu filho:

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO



4-Em que aspectos você acha que a deficiência visual e/ou outras deficiências afetaram o desenvolvimento de seu filho?

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

5-Complete essa sentença com o primeiro pensamento que vier a sua mente: “ Fará grande diferença quando meu filho puder...”

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

6-“esse ano gostaria que meu filho Aprendesse com...”

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

### **PRIORIDADES**

Faça uma lista do que você gostaria de trabalhar com seu filho em ordem de prioridades:

1-Mais importante:

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

2-Segundo mais importante:

---

---

PRIMEIRO REGISTRO

---

---

SEGUNDO REGISTRO

