

Nome do aluno:

Questionário preenchido por:

Data de nascimento:

Relacionamento com o aluno:

Ano ou série:

Número de telefone celular:

Escola:

Email:

Este questionário de histórico de leitura se aplica a **você**, pai ou mãe biológico, e **não** ao seu filho ou filha. Por favor, selecione o botão  próximo ou no meio do número de resposta que melhor descreve a sua experiência com cada uma das seguintes afirmações ou perguntas. O questionário completo será mantido confidencial, e passará a fazer parte do histórico escolar do seu filho ou filha. A privacidade da sua família é protegida pelo **Ato de Privacidade e Direitos Educacionais da Família** (Family Educational Rights and Privacy Act, **FERPA**).

**1. Que dificuldades teve ao aprender a ler na escola primária?**

Nenhuma

0

1

2

3

Muitas

4

**2. Quando era criança, você invertia a ordem das letras ou números?**

Não

0

1

2

3

Muito

4

**3. Você teve dificuldades de aprender o nome de uma letra ou cor quando era criança?**

Não

0

1

2

3

Muito

4

**4. Todos alunos tem alguma dificuldade na escola. Em comparação com os colegas de classe, qual a medida das suas dificuldades em terminar o trabalho?**

Nem um pouco

0

Menos que a maioria

1

Mais ou menos igual

2

Mais do que a maioria

3

Muito mais do que a maioria

4

**5. Você teve dificuldades no ensino médio ou na faculdade?**

Não; gostava e fui bem

0

1

Alguma

2

3

Muitas; e fui mal

4

**6. Como compararia a sua atual capacidade de soletrar com aquela de outros da mesma idade e nível educacional?**

Acima da média

0

1

Média

2

3

Abaxio da média

4