

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA (IFRN)
CAMPUS IPANGUAÇU
NÚCLEO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES
EDUCACIONAIS ESPECÍFICAS (NAPNE)
Email: napne.ip@ifrn.edu.br**

FICHA DE OBSERVAÇÃO DOCENTE

ALUNO (A): _____ **MATRÍCULA** _____

PROFESSOR (A): _____ **MATRÍCULA** _____

CURSO: _____ **TURNO:** _____.

Aspectos observados que podem dificultar a aprendizagem:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO |
| <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE COORDENAÇÃO MOTORA |
| <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="checkbox"/> INSEGURANÇA |
| <input type="checkbox"/> ESQUECIMENTO FREQUENTE | <input type="checkbox"/> AUTO-ESTIMA BAIXA |
| <input type="checkbox"/> DIFICULDADE NA FALA | <input type="checkbox"/> DÉFICIT DE APRENDIZAGEM |
| <input type="checkbox"/> DIFICULDADE NA GRAFIA | <input type="checkbox"/> NÃO ORGANIZAÇÃO DAS IDEIAS |
| <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE LEITURA E INTERPRETAÇÃO | <input type="checkbox"/> APATIA |
| <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE RACIOCÍNIO LÓGICO | <input type="checkbox"/> CANSAÇO EXCESSIVO |
| <input type="checkbox"/> FALTA DE CONCENTRAÇÃO | <input type="checkbox"/> NÃO TEM AUTONOMIA NAS TAREFAS DE SALA DE AULA |
| <input type="checkbox"/> DIFICULDADES DE SOCIALIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LATERALIDADE |

Outros aspectos:

IFRN/IPANGUAÇU ___/___/_____.