



**IMPLEMENTAÇÃO - PAIS (RESPONSÁVEL)
PROGRAMA “MOVIMENTO”**

Caros pais,

Este instrumento tem como objetivo avaliar a sua opinião de como o Programa “**Movimento**” aconteceu nesse semestre na escola do seu filho.

Sua ajuda é fundamental pois esta é a reta final que irá avaliar se o estilo de vida do seu filho foi modificado pelas ações do programa.

Contamos com você!

Data: ___/___/_____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade:

- () analfabeto ou ensino fundamental I incompleto;
() ensino fundamental I completo ou ensino fundamental II incompleto;
() ensino fundamental II completo ou Ensino Médio incompleto;
() Superior completo.

Cor da pele ou raça:

() branca () preta () parda () amarela () indígena

Situação Conjugal:

- () casado ou vivendo com parceiro;
() divorciado, desquitado ou separado judicialmente
() Viúvo () Solteiro

Renda familiar mensal (soma dos salários/bolsa de todos membros da casa):
_____ (em reais)

1. Você conhece e/ou ouviu falar no Programa MOVIMENTO?

() Sim () Não

2. Como você ficou sabendo do Programa Movimento? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

- () Recebeu um documento pela escola sobre o programa
() Filho(a)
() Não conheço o programa
() Outro: _____.

3. Você recebeu panfletos da escola do seu filho sobre estilo de vida saudável ao longo deste semestre?

() Sim () Não

4. Você achou que as mensagens repassadas nos panfletos alteraram de forma positiva o seu estilo de vida?

(0) Não alterou (2) Alterou
(1) Alterou um pouco (3) Alterou muito

5. Você achou que as mensagens repassadas nos panfletos alteraram de forma positiva o estilo de vida do seu filho?

(0) Não alterou (2) Alterou
(1) Alterou um pouco (3) Alterou muito

6. Você percebeu alguma mudança no estilo de vida do seu filho relacionada à participação dele no Programa MOVIMENTO?

() Sim () Não () Não se aplica

7. Caso tenha respondido SIM na questão 6, que tipo de mudança você observou?

