

Registro Psicomotor

Criança: _____

Data de Nascimento: _____

Turma: _____

Avaliador(a): _____

Data da Avaliação: _____

Habilidades Motoras

Habilidade	Sim	Em Desen	Wãõ	Observações
Equilíbrio estático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Equilíbrio dinâmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Coordenação fina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Coordenação grossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lateralidade definida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Esquema corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tônus muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Noção espacial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Noção temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Parecer Psicomotor: _____
