

**ESCOLA:** \_\_\_\_\_  
**ALUNO(A):** \_\_\_\_\_



## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



**CADERNO DE ATIVIDADES - ABRIL 2021**  
**5º ANO**  
**Turbine seu conhecimento**

A Secretaria Municipal de Educação, a Secretaria Executiva de Gestão Pedagógica e a Superintendência de Ensino, por meio de suas Gerências e da Coordenação do Ensino Fundamental, disponibilizam o Caderno de Atividades Turbine seu Conhecimento 2021, na intenção de dizer, mais uma vez e quantas forem necessárias, que não esquecemos de vocês. Com este caderno, reafirmamos a máxima de que o que vale é aprender sempre.

Não vamos perder de vista as dúvidas encontradas nos cadernos para que, quando do retorno das atividades escolares presenciais, possamos saná-las. Para tanto não esqueçam de devolver os cadernos respondidos sempre que for buscar o kit alimentação. As questões são desafiadoras e nos levam a imaginar como será bom o retorno à escola e compartilhar as questões do saber, do saber fazer e do ser.

Queridos pais, vocês estão de parabéns por serem os grandes mediadores do equilíbrio emocional da sua família. Vocês são espelhos para seus filhos e reconhecemos o seu valor. Contamos com a colaboração de todos(as) para preenchimento do questionário abaixo.

Um grande abraço. Ivaneide Dantas.

**QUESTIONÁRIO PARA SER RESPONDIDO PELOS PAIS / RESPONSÁVEIS COM A PARTICIPAÇÃO DOS ESTUDANTES - ANOS INICIAIS E EJA I SEGMENTO**

*Obs.: Os estudantes da EJA maiores de idade são responsáveis pelo preenchimento do questionário.*

**Sobre o Caderno de Atividades:**

**QUESTÃO 1.** Seu filho(a) consegue lê os enunciados das questões?

(     ) SIM, SEM AJUDA     (     ) SIM, COM AJUDA     (     ) NÃO

**QUESTÃO 2.** Seu filho(a) conseguiu responder as atividades?

(     ) SIM, SEM AJUDA     (     ) SIM, COM AJUDA     (     ) NÃO

**QUESTÃO 3.** Assinale as questões que seu/sua filho(a) não conseguiu responder.

Português	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Matemática	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**QUESTÃO 4.** O/A Sr./Sra. gosta de receber o caderno de atividades neste período de aulas suspensas?

(     ) SIM     (     ) NÃO

**QUESTÃO 5.** O/A Sr./Sra. percebeu satisfação em seu/sua filho/a ao receber o caderno de atividades?

(     ) SIM     (     ) NÃO

**QUESTÃO 6.** O/A Sr./Sra. percebeu empenho por parte de seu/sua filho/a na realização das atividades do caderno?

(     ) SIM     (     ) NÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do responsável \_\_\_\_\_