

1. Dados do aluno:

- 1.2 Nome do aluno: _____
- 1.3 Data de nascimento ____/____/____ Grupo:_____ Turno: _____
- 1.4 Qual Escola frequentou anteriormente? _____
- 1.5 A Escola anterior sinalizou alguma alteração comportamental na rotina escolar? (Especificar e enviar relatório escolar.)

2. Dados Gerais da Família:

- 2.1 Nome do pai: _____
- 2.2 Tel.: residencial: _____ Comercial: _____ Celular: _____
- 2.3 Profissão: _____ Local de trabalho: _____
- 2.4 Nome da Mãe: _____
- 2.5 Tel.: residencial: _____ Comercial: _____ Celular: _____
- 2.6 Profissão: _____ Local de trabalho: _____
- 2.7 Tem irmãos? _____ Posição entre eles (1º, 2º, caçula): _____
- 2.8 Os pais vivem juntos? _____ Mora mais alguém em casa? _____

3. Dados relativos ao relacionamento sócio-afetivo:

- 3.1 Quem acompanha o aluno em casa? _____
- 3.2 Na ausência dessa pessoa, quem a substitui? _____
- 3.3 Quando não lhe dão o que deseja, ou o impedem de fazer algo que gostaria, na maioria das vezes, qual é sua reação? _____
- 3.4 Ao que você atribui essa reação? _____

- 3.5 Faz amigos com facilidade? _____ Quais os tipos de brincadeira que mais aprecia? _____

- 3.6 Onde brinca? (sala, quarto, jardim, praça, clube do condomínio, outros) Especifique: _____

- 3.7 Manifesta medo? _____ Em que situação? _____

- 3.8 Pratica esportes? _____ Qual? _____
- 3.9 Tem acesso à internet com que frequência? _____
Quanto tempo aproximadamente? _____

4. Saúde e Desenvolvimento:

- 4.1 Pediatra: _____
- 4.2 Doença até a presente data: _____
- 4.3 Existe ainda algum cuidado para tratar a doença? _____
Qual? _____
- 4.4 Tem sono tranquilo? _____ Toma medicação controlada? _____ Qual? _____
Dorme no decorrer do dia? _____ Em quais horários? _____

- 4.5 É alérgico(a): A algum medicamento? _____ Qual? _____
A algum alimento? _____ Qual? _____
- 4.6 Fala: apresenta dificuldades em falar? _____ Gagueira? _____
Troca de fonemas? _____ Quais? _____
- 4.7 Motricidade: apresenta dificuldades (em relação à sua idade): sim () não ()
Especificar se for o caso: _____
- 4.8 Hábitos não desejáveis: _____
- 4.9 Apresenta (apresentou) problemas no crescimento? () não () sim - Qual: _____
- 4.10 Apresenta (apresentou) atraso no desenvolvimento? () não () sim - Qual: _____
- 4.11 Apresenta (apresentou) alguma deficiência ? () não () sim - Qual: _____
- 4.12 Apresenta (apresentou) desmaio ou convulsão ? () não () sim - Explique: _____
- 4.13 Adota alguma medicação por causa desta(s) reação(ões)? () não () sim - Qual: _____
- 4.14 Tem diabetes? () não () sim Tratamento: _____
- 4.15 Faz algum tratamento especializado? () Psicológico () Fonoaudiólogo () Terapia Ocupacional
() outros: _____
- 4.16 Em caso de febre, indique dentre os remédios encontrados na escola, quais os mais indicados a seu(a) filho(a): () Tilenol Gotas () Novalgina gotas () Tilenol xarope () Novalgina xarope
- 4.17 Em caso de ferimentos e contusões leves, utilizar: () Band-aid () Hirudoid () Água maravilha
() outros: _____
- 4.18 Em caso de acidente, a Escola está autorizada: **(Enumere a preferência)**
() A levar o aluno para uma clínica particular. () A levar o aluno para casa () Chamar os pais
() outros: _____

5. Aproveite o espaço abaixo para comentar como é ele(a) no dia a dia em casa. Quais são suas atividades preferidas. Como é o seu temperamento, se aceita ordem, etc.

6. Em caso de necessidade, quando os pais não forem encontrados, indique nomes de outras pessoas responsáveis que estejam autorizadas a responder pela criança ou buscar a criança na Escola.

Nome: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Tel.: _____

7. Que motivo o levou a matricular seu(a) filho(a) na Escola Mater Dei?

Data ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO