

**1. Dados do aluno:**

- 1.2 Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_
- 1.3 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_
- 1.4 Frequentou alguma Escola ou Berçário? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**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 normalmente cuida da criança? \_\_\_\_\_
- 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? \_\_\_\_\_
- Qual é a atitude dos pais frente a isto?
- Pai: \_\_\_\_\_
- Mãe: \_\_\_\_\_
- 3.4 Ao que você atribui essa reação? \_\_\_\_\_
- 3.5 Faz amigos com facilidade? \_\_\_\_\_
- 3.6 Que passeio faz com frequência? \_\_\_\_\_
- 3.7 Manifesta medo? \_\_\_\_\_ Em que situação? \_\_\_\_\_

**4. Saúde e Desenvolvimento:**

- 4.1 Médico responsável: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 4.2 Parto: ( ) Normal ( ) Cesário
- 4.3 Doença até a presente data: ( ) Rinite ( ) Bronquite ( ) Pneumonia ( ) Catapora  
( ) Meningite ( ) Hepatite ( ) Dengue ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 4.4 Existe ainda algum cuidado para tratar a doença? \_\_\_\_\_
- Qual? \_\_\_\_\_
- 4.5 Apresenta alergia: ( ) na pele ( ) alimentar ( ) outros: \_\_\_\_\_
- Existe algum cuidado para tratar a alergia: \_\_\_\_\_
- Qual? \_\_\_\_\_
- 4.6 Tem sono tranquilo? \_\_\_\_\_ Toma medicação controlada? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
- Dorme no decorrer do dia? \_\_\_\_\_ Em quais horários? \_\_\_\_\_
- 4.7 Fala: silábica ( ) Palavra-chave ( ) Frases simples incompletas ( )
- 4.8 Motricidade: apresenta dificuldades (em relação à sua idade): sim ( ) não ( )
- Especificar se for o caso: \_\_\_\_\_

- 4.9 Controle urinário: **dia** - sim ( ) não ( ) **noite** - sim ( ) não ( )
- 4.10 Alimentação: come sozinho (a): \_\_\_\_\_ Como se comporta às refeições? (Especificar os comportamentos da criança)
- 
- 4.11 Hábitos não desejáveis: rói unha ( ) chupa chupeta ( ) chupa dedo ( )
- 4.12 Utiliza fraldas ( ) sim ( ) não
- 4.13 Apresenta (apresentou) atraso no desenvolvimento? ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_
- 4.14 Apresenta (apresentou) alguma deficiência ? ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_
- 4.15 Apresenta (apresentou) desmaio ou convulsão ? ( ) não ( ) sim - Explique: \_\_\_\_\_
- 
- 4.16 Adota alguma medicação por causa desta(s) reação(ões)? ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_
- 4.17 Tem diabetes? ( ) não ( ) sim Tratamento: \_\_\_\_\_
- 4.18 Faz algum tratamento especializado? ( ) Psicológico ( ) Fonoaudiólogo ( ) Terapia Ocupacional ( ) outros: \_\_\_\_\_
- 4.19 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 ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 4.20 Em caso de ferimentos e contusões leves utilizar: ( ) Band-aid ( ) Hirudoid ( ) Água maravilha ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 4.21 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