

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? _____
- 3.4 Ao que você atribui essa reação? _____
- 3.5 Faz amigos com facilidade? _____ Quais os tipos de brincadeira que mais aprecia? _____
- 3.6 Que passeio faz com frequência? _____
- 3.7 Manifesta medo? _____ Em que situação? _____
- 3.8 Pratica esportes? _____ Qual? _____

4. Saúde e Desenvolvimento:

- 4.1 Médico responsável: _____ Tel.: _____
- 4.2 Parto: () Normal () Cesário
- 4.3 Doença até a presente data: () Rinite () Bronquite () Pneumonia () Catapor
() 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: apresenta dificuldades em falar? _____ Gagueira? _____
Troca de fonemas? _____ Quais: _____
- 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 Apresenta (apresentou) problemas no crescimento? () não () sim - Qual: _____
- 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
- 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