



## FICHA DE INFORMAÇÕES GERAIS DO ALUNO



Senhores Pais,

Para conhecer um pouco da história de cada aluno, buscando ajudá-lo a orientar-se na vida coletiva da Escola, organizamos este questionário, considerando os aspectos hereditários, suas condições físicas, intelectuais e emocionais, as influências ambientais, familiares e sociais.

Esta ficha é confidencial e somente o setor de orientação psicopedagógica terá a mesma na Escola. Agradecemos antecipadamente a confiança e cooperação em nosso trabalho junto a seu filho(a).

### I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Aluno:

2. Data de Nascimento:

Naturalidade:

3. Endereço:

Bairro:

CEP:

Tel. Res.:

Recados:

### II- INFORMAÇÕES FAMILIARES

1. Irmãos

Irmãos:

Idade:

Escolaridade:

Irmãos:

Idade:

Escolaridade:

Irmãos:

Idade:

Escolaridade:

Irmãos:

Idade:

Escolaridade:

2. Nome da Mãe:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Local de Trabalho:

Tel. Comercial e Celular:

Identidade nº CPF:

Religião:

Email:

3. Nome do Pai:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Local de Trabalho:

Tel. Comercial e Celular:

Identidade nº CPF:

Religião:

Email:



4. Há parentes ou outras pessoas morando com a família?
5. Quem mais cuida da criança?

### III- CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E PARTO

1. Como foi a gestação de seu filho (a)? Registrar fatos marcantes que considerem importantes:
2. A criança nasceu na data prevista? ☐ Sim  
☐ Não; neste caso, com quantos meses de gestação nasceu a criança?
3. Houve complicações na gravidez ou parto, como acidentes, hemorragias, convulsões ou rubéola? ☐ Não ☐ Sim. Quais?
4. Peso de Nascimento:                      Altura de Nascimento:
5. Parto: ☐ Normal ☐ Cesariana ☐ Fórceps
6. Chorou logo? ☐ Sim ☐ Não
7. Ficou na incubadora? ☐ Sim, quanto tempo?                      ☐ Não
8. Teve asfixia? ☐ Sim, quanto tempo?                      ☐ Não
9. Medicações:
10. Observações importantes:

### IV- DESENVOLVIMENTO

1. Sentou-se sozinho aos                      2. Ficou em pé sozinho (a) aos
3. Andou aos      Falou aos
4. Caso ainda não fale, a criança se comunica como?
5. Apresenta algumas dificuldades quanto à expressão verbal?
6. Usa fralda? ☐ Sim ☐ Não ☐ Está desfraldando
7. A criança evacua todos os dias?                      Tem alguma dificuldade nesse sentido?
8. Manifestou curiosidade sexual?                      Foi dada orientação?
- Masturba-se?



## V- HISTÓRICO ALIMENTAR

1. Seu filho (a) mama no peito? ( ) Sim, horários ( ) Não
2. Amamentou por quanto tempo?
3. Seu filho (a) recebe mamadeira? ( ) Sim , horários ( ) Não
4. Existe algum alimento pelo qual a criança tem alergia? ( ) Não ( ) Sim, quais?
5. Seu filho (a) tem horários estabelecidos para alimentação?
6. Come fora de hora? Quando?

## VI- HÁBITOS E COSTUMES

1. Tem seu próprio quarto?
2. A criança é responsável por seus brinquedos?
3. Qual sua diversão favorita?
4. Ouve leituras em casa? Quem lê pra ela?
5. Quais os livros prediletos?
6. Assiste a programas de televisão? Quais?
7. Outras atividades fora da escola:
8. A criança já teve alguma experiência fora do comum? Descreva
9. Quando está com outras crianças, como é seu comportamento?
10. Como é o relacionamento com os pais?
11. A criança é filho legítimo?
12. Em caso de adoção, descreva a situação:
13. A criança conhece essa situação?
14. A criança vive somente com um dos pais? Qual?
15. A criança tem contato com o ausente?
16. Há quanto tempo houve a separação?



17. A criança é punida fisicamente? Em quais situações?

18. A forma de punição é a privação de algo? O que?

19. Qual a rotina de sono da criança?

Horário de dormir:

Horário de acordar:

Como a criança está acostumada a dormir? ( ) No colo ( ) Sozinha ( ) De outra maneira  
:

Como é o sono da criança?

Demonstra resistência em ir para a cama?

Fala dormindo?

Dorme com alguém?

Usa algum objeto especial para dormir?

Qual?

20. Já freqüentou outras escolas?

Quais?

21. Qual o motivo da saída?

## VI- SAÚDE EM GERAL

1. Relação de doenças que já teve:

( ) Sarampo ( ) Rubéola ( ) Caxumba ( ) Coqueluche

( ) Escarlatina ( ) Catapora ( ) Desidratação ( ) Outras

2. Tem diarréias frequentes? ( ) Sim ( ) Não

3. Tem bronquite ou falta de ar? ( ) Sim ( ) Não

4. Alguma manifestação alérgica? Qual?

5. Quais medicamentos costuma usar:

6. Já fez alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

7. Tem convulsões ou ataques? ( ) Sim, com qual freqüência?

( ) Não

8. Outras doenças, tratamentos ou problemas

9. É alérgico (a) a algum medicamento? Qual?

10. É acompanhado por ( ) Alopatria ( ) Homeopatia

11. O que costuma tomar para:

Dor de cabeça:

Dor de Ouvido:



Dor de barriga:

Febre:

Enjoo/Vômitos:

12. Em casos de emergências (machucados ou mal-estar), a Escola tem por regra comunicar imediatamente os pais. No caso de não serem encontrados, a criança deverá ser levada ao Pronto Socorro

## VII- CONTATOS

1. Pessoas autorizadas a retirar a criança no momento da Saída:

Nome: R.G.:

Nome: R.G.:

Nome: R.G.:

Nome: R.G.:

2. Telefones para contatos (avós, tios, vizinhos):

Nome: Parentesco:

Telefones:

Nome: Parentesco:

Telefones:

Nome: Parentesco:

Telefones:

Nome: Parentesco:

Telefones:

Nome: Parentesco:

Telefones:

São Paulo, de de .

---

Assinatura dos pais ou Responsável

## VIII- DADOS FINAIS

Data de Preenchimento:

Nome do Informante: