



## FICHA GERAL DO ALUNO 2021

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

### **QUEM ALÉM DOS PAIS PODE SER ACIONADO EM CASO DE NECESSIDADE?**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### **DADOS DOS RESPONSÁVEIS:**

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profissão/Função: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Telefones: Comercial \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profissão/Função: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Telefones: Comercial \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_

Qual é a reação da criança quando entra em contato com outra criança?

( ) Normal ( ) Estranha ( ) Fica tímida

Apresenta comportamento agressivo? ( ) Sim ( ) Não

Quais as dificuldades que você percebe ao lidar com criança? \_\_\_\_\_

Como reage a criança quando contrariado?

\_\_\_\_\_

A criança consegue partilhar seus brinquedos e/ou objetos? ( ) Sim ( ) Não

Com quem a criança tem mais facilidade em aceitar os comandos? \_\_\_\_\_

Começou a falar com quantos anos? \_\_\_\_\_

Atende a comandos e se comunica verbalmente com os outros? ( ) Sim ( ) Não

OBS: \_\_\_\_\_

Fez o teste da orelhinha? ( ) Sim ( ) Não

OBS: trazer cópia do resultado.

Fez o teste do pezinho ( ) Sim ( ) Não

OBS: trazer cópia do resultado.

Já fez ou faz algum tratamento especializado?

( ) Sim ( ) Não

Qual profissional? \_\_\_\_\_

Tempo de gestação: \_\_\_\_\_

Doenças que já teve:

( ) coqueluche ( ) Sarampo ( ) Catapora  
( ) Caxumba ( ) Pneumonia ( ) Amigdalite  
( ) Meningite ( ) Dengue ( ) Asma  
( ) Hepatite ( ) Covid-19

Tem alguma doença congênita? \_\_\_\_\_

Tem alguma manifestação alérgica? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

É propenso (a) a convulsões? \_\_\_\_\_

Toma alguma medicação? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Para que? \_\_\_\_\_

OBS: Trazer receituário para escola.

Faz acompanhamento? ( ) Sim ( ) Não

Já sofreu algum acidente? Qual ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já sofreu alguma cirurgia? Qual ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A criança já apresenta uma boa mastigação?

( ) Sim ( ) Não

A criança já tem o Hábito de comer sozinha?

( ) Sim ( ) Não

Tem alguma intolerância alimentar?

( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**Outras observações:**

Responsável pelas informações.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_