

**FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA****NOME:** \_\_\_\_\_ **SÉRIE:** \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) F ( ) M

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ FILHO: ( ) BIOLÓGICO ( ) ADOTIVO

EM CASO DE ADOÇÃO, A CRIANÇA É CIENTE? ( ) SIM ( ) NÃO

FILIAÇÃO: PAI: \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL DOS PAIS: \_\_\_\_\_ VIVEM JUNTOS? ( ) SIM ( ) NÃO

COMPOSIÇÃO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

PEDIATRA: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_

TEM ALERGIA? A QUE? \_\_\_\_\_

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? QUAL? \_\_\_\_\_

TEM ALGUM DIAGNÓSTICO/SEQUELA? QUAL? \_\_\_\_\_

TOMA ALGUM MEDICAMENTO? QUAL? \_\_\_\_\_

APRESENTA PROBLEMAS NEUROLÓGICOS? QUAL? \_\_\_\_\_

JÁ FEZ OU FAZ ACOMPANHAMENTO COM ALGUM ESPECIALISTA? QUAL?  
\_\_\_\_\_O ALUNO (A) NECESSITA DE APOIO EDUCACIONAL ESPECIAL? ( ) SIM ( ) NÃO. CASO A  
RESPOSTA SEJA POSITIVA JUSTIFIQUE-A.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JÁ SE SUBMETEU A EXAME DE ACUIDADE VISUAL E AUDITIVA? \_\_\_\_\_

EM CASO DE EMERGÊNCIA, AVISAR: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

## FICHA DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

### GRAVIDEZ:

COMO A MÃE REAGIU A NOTICIA DA GRAVIDEZ? (EXPLOR SENSações PSICOLÓGICAS)

---

---

---

FEZ PRÉ NATAL: ( ) SIM ( ) NÃO

FOI PLANEJADA? ( ) SIM ( ) NÃO COMO FOI? ( ) TRANQUILA ( ) CONTURBADA

TEVE SANGRAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO

TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

### PARTO:

QUAL FOI O TIPO? ( ) NORMAL ( ) CESÁRIA OUTRO: \_\_\_\_\_

QUAL FOI A IDADE GESTACIONAL? \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA? QUAL? \_\_\_\_\_

### NEO NATAL:

CHOROU NORMALMENTE? ( ) SIM ( ) NÃO

TEVE BOA SUCCÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

MAMOU NO PEITO? ( ) SIM ( ) NÃO ATÉ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

PRECISOU DE ALGUM EXAME ESPECÍFICO? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL?  
\_\_\_\_\_

### DESENVOLVIMENTO:

SENTOU? ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

ENGATINHOU? ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

ANDOU COM QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

FALOU COM QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

USA FRALDAS? ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

USA MAMADEIRA? ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

TEM ALGUM COSTUME/MANIA? QUAL? \_\_\_\_\_

ASPECTOS EMOCIONAIS ( ) TRANQUILO ( ) ANSIOSO ( ) SEGURO ( ) ALEGRE  
( ) QUEIXOSO ( ) INTOLERANTE

FAZ AMIGOS COM FACILIDADE? ( ) SIM ( ) NÃO.

PREFERE FAZER TRABALHO SOZINHO OU EM GRUPO? ( )SOZINHO ( )GRUPO.

POSSUI BAIXA TOLERÂNCIA A FRUSTRAÇÃO? ( )SIM ( )NÃO.

AJUDA OS COLEGAS QUANDO NECESSÁRIO? ( )SIM ( )NÃO.

ADAPTA-SE FACILMENTE A NOVOS GRUPOS DE TRABALHO? ( )SIM ( )NÃO.

MANTÉM CONTATO COM OS COLEGAS DE SALA FORA DA ESCOLA? ( )SIM ( )NÃO

**ROTINA:**

SOCIAL: ( ) OBEDIENTE ( ) INDEPENDENTE ( ) COMUNICATIVO ( ) AGRESSIVO ( )  
COOPERADOR

COM QUEM/ONDE A CRIANÇA FICA?

\_\_\_\_\_

JÁ VAI À ESCOLA? QUAL? \_\_\_\_\_

ASSISTE TV? QUANTO TEMPO POR DIA? \_\_\_\_\_

GOSTA DE MÚSICA? \_\_\_\_\_

PASSEIA COM FREQUÊNCIA? ONDE? \_\_\_\_\_

QUAIS SUAS BRINCADEIRAS E BRINQUEDOS PREFERIDOS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEM UM BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMO É SEU COMPORTAMENTO (HUMOR, BIRRAS, MEDOS)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

POSSUI ALGUM HÁBITO ALIMENTAR QUE MERECE DESTAQUE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QUAL É O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA PARA AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA?

ALIMENTAÇÃO: ( ) SOZINHO ( ) COM AUXÍLIO \_\_\_\_\_

HIGIENE: ( ) SOZINHO ( ) COM AUXÍLIO \_\_\_\_\_

BANHO: ( ) SOZINHO ( ) COM AUXÍLIO \_\_\_\_\_

VESTIR: ( ) SOZINHO ( ) COM AUXÍLIO \_\_\_\_\_

DESPIR: ( ) SOZINHO ( ) COM AUXÍLIO \_\_\_\_\_

SANTA BÁRBARA D'OESTE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_