

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 2021

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____