

FORMULÁRIO INFORMATIVO - ANO 2022**SEGMENTO I (MATERNAL / INFANTIL AO 5º ANO)****CURSO:** Educação InfantilANO: I II III IV Ensino Fundamental Anos IniciaisANO: 1º Ano 2º Ano 3º Ano 4º Ano 5º Ano**PERÍODO:** Manhã Tarde**DADOS DO ALUNO**

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Ano/Série: _____ Turma: _____
Fone: _____ Celular: _____
Rua: _____
Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

DADOS DA MÃE

Nome: _____
Fone: _____ Celular: _____
Profissão: _____ Empresa: _____
E-mail: _____

DADOS DO PAI

Nome: _____
Fone: _____ Celular: _____
Profissão: _____ Empresa: _____
E-mail: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL (CASO NÃO SEJA PAI/MÃE)

Nome: _____
Fone: _____ Celular: _____
Profissão: _____ Empresa: _____
E-mail: _____

MOTIVO DA PROCURA POR NOSSO COLÉGIO

DIMENSÃO RELIGIOSA E ESPIRITUAL

Qual a importância da formação religiosa para a família? E como a família cultiva a vida espiritual?

ASPECTO SOCIOECONÔMICO

Onde mora? () Casa () Apartamento () Outros: _____

A moradia é? () Própria () Alugada () Cedida

Tem área livre para recreação? () Quintal () Playground () Jardim () Outros: _____

VIDA FAMILIAR

Relacione os filhos por ordem de nascimento (incluindo observações necessárias, tais como: idade, adoções, filhos de casamentos anteriores etc.)

Os pais estão: () Casados () Separados

No caso de pais separados, com quem moram os filhos? _____

A guarda é compartilhada? () Sim () Não

OBS: _____

Para resposta negativa, de quem é a guarda? _____

Cite outras pessoas que moram com a família: _____

Quem passa a maior parte do tempo com o(a) aluno(a)? _____

A família passa por alguma dificuldade no momento? Qual? _____

Como a criança reage diante dos limites impostos pelos pais e pelos outros? _____

Qual a atitude dos pais no caso de resistência da criança, diante dos limites impostos? _____

Apresenta algum medo? Qual? Como reage? Desde quando? _____

Briga, irrita-se e/ou chora com facilidade? Descreva seu jeito de ser. _____

A que horas vai dormir? Como é seu sono? Solicita atenção especial para dormir? _____

A que horas se levanta? Dorme durante o dia? _____

VIDA SOCIAL E CULTURAL

Como é o relacionamento da criança com:

PAI: _____

MÃE: _____

IRMÃOS: _____

AMIGOS: _____

OUTROS (PRIMOS, PADRASTO, MADRASTA, EMPREGADA, AVÓS ETC): _____

Com quem a criança brinca? Descreva suas atitudes ao brincar com outras crianças. _____

Descreva os finais de semana e férias da criança. O que faz? _____

A criança pratica algum esporte? Qual? _____

Gosta de televisão? () Sim () Não
Que tipo de programa? _____

Utiliza o computador? () Sim () Não
Com que frequência? _____

Para quê? _____

NASCIMENTO E SAÚDE

A mãe apresentou problemas durante e/ou após a gestação? () Sim () Não
Qual? _____

Tomou todas as vacinas na idade certa? () Sim () Não
Observação: _____

Foi vacinado para gripe (Influenza e H1N1) no ano de 2021? () Sim () Não

Já testou positivo para a Covid-19? () Sim () Não
Em caso afirmativo, qual a data da realização do teste? _____

Faz parte do grupo de risco para a Covid-19? () Sim () Não

Com quantos meses andou? _____

Sofreu algum acidente? () Sim () Não Com que idade? _____
Como foi? _____

Sofreu alguma moléstia grave? () Sim () Não Com que idade? _____
Qual? _____

Sofreu alguma cirurgia? () Sim () Não Com que idade? _____
Qual? _____

Foi internada para tratamento médico? () Sim () Não Com que idade? _____
Por quê? _____

Está fazendo acompanhamento médico? () Sim () Não
Qual? _____

Medicamento: _____

Tem controle urinário?

DIURNO: () Sim () Não NOTURNO: () Sim () Não

Apresenta alguma doença ou alergia? () Sim () Não
Qual? _____

ALIMENTAÇÃO

Tem horários para alimentação? () Sim () Não

Alimenta-se: () Bem () Normal () Mal

Sua alimentação é rica em frutas, verduras e legumes? _____

A criança faz as refeições com o pai, a mãe e os irmãos? _____

LINGUAGEM

Apresenta dificuldades ao falar? () Sim () Não

Qual? _____

Quando começou a falar? _____

Gosta de conversar? () Sim () Não

Com: () Adultos () Criança () Sozinha

ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO

Faz ou fez acompanhamento:

() Fonoaudiológico () Psicopedagógico () Psicológico () Neuropsicológico () Neurológico

() Psiquiátrico () Aulas Particulares () Outros: _____

Quando fez: _____

Por quê? _____

Recebeu alta? Quando? _____

Caso esteja em acompanhamento, informar nome e telefone do(s) profissional(ais). _____

VIDA ESCOLAR

Frequenta escola desde que idade? _____

Como se deu a adaptação? _____

Escola de origem _____

Como é o seu desempenho escolar? _____

Existe na grade curricular, aulas de inglês na escola de origem? _____

Quem acompanha a vida escolar da criança? (Tarefas, reuniões, atividades sociais na escola etc). _____

A criança deseja vir para esta escola? _____

Como e com quem a criança virá à escola? _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES - RESPONSÁVEIS

OUTRAS OBSERVAÇÕES - COORDENAÇÃO

NOME DO INFORMANTE (Parentesco): _____

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL