



# Creche Escola Mundo da Fantasia

*"Transformando sonhos em realidade"*

## DADOS DO ALUNO(A)

Nº de matrícula:	<input type="checkbox"/> Novato	<input type="checkbox"/> Veterano	Obs.:
Criança:			
Sexo:	Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	
Filho único	<input type="checkbox"/>	Adotado	<input type="checkbox"/>
Tem irmãos? :	Idades:		
Nacionalidade:	Naturalidade:		
Endereço:	CEP:		
Plano de saúde	Pediatra	Fone:	
Hospital	Tem alergias:		
Doença grave:	Convulsão	Intolerância:	
Em caso de urgência chamar:	Parentesco:		
Fone residencial:	Celular:	Trabalho:	

## DADOS DOS RESPONSÁVEIS

Pais casados	<input type="checkbox"/>	Separados	<input type="checkbox"/>	Falecidos	<input type="checkbox"/>	Outros:	
Nome do Pai:						Profissão:	
e-mail:						Fones:	
Local de trabalho:						Cargo:	
RG:	CPF:						Data de Nascimento: ____/____/____
Nome da Mãe:						Profissão:	
e-mail:						Fones:	
Local de trabalho:						Cargo:	
RG:	CPF:						Data de Nascimento: ____/____/____
Responsável Financeiro:							
e-mail:						Fones:	
RG:	CPF:						Data de Nascimento: ____/____/____
Local de trabalho:						Cargo:	

## DADOS SOBRE A MATRÍCULA

Turma:	Turno:
Esporte:	Turno:
Serviços:	

## PESSOAS AUTORIZADAS A PEGAR A CRIANÇA ALÉM DOS PAIS

Nome:	Parentesco:	Fone:
Nome:	Parentesco:	Fone:

## MEDICAÇÃO

Em caso de febre ou dor tomar:	Quantidade:
Tem alergia medicamentosa? :	
Importante: lugar de remédio NÃO é na escola. Se realmente for preciso, só poderemos ministra-lo se vier acompanhado de receita médica e devidamente marcado, acompanhado com um atestado médico da criança.	

## SOBRE A CRIANÇA

Dorme : <input type="checkbox"/> sozinha <input type="checkbox"/> com os pais <input type="checkbox"/> com irmãos	Tem sono: <input type="checkbox"/> tranquilo <input type="checkbox"/> agitado	
Como se alimenta?:		
<input type="checkbox"/> Não fala, falou com :	<input type="checkbox"/> Usa chupeta, <input type="checkbox"/> chupa o dedo	
<input type="checkbox"/> Amamentou até _____ meses	<input type="checkbox"/> Engatinhou com _____ meses	<input type="checkbox"/> Andou com _____ meses. <input type="checkbox"/> Não anda
<input type="checkbox"/> Convive com criança	Socialização: <input type="checkbox"/> fácil <input type="checkbox"/> difícil	Religião:
Descreva seu filho(a):		
Fica feliz quando:		
Fica triste quando:		
A criança foi desejada?	Gravidez: <input type="checkbox"/> tranquila, <input type="checkbox"/> difícil	Parto: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> Cesária
Fica em casa com:	Tem tarefas em casa	
Como é repreendida?		
Como reage?		
Faz acompanhamento com algum profissional?		
O que você espera da Escola?		

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ Ass. do Responsável: \_\_\_\_\_

## ESPAÇO RESERVADO À ESCOLA - Documentos entregues

Certidão de Nascimento	Quitação da escola anterior	RG	CPF	Comp. de residência	Fichas
Atestado médico	4 fotos 3x4	Cartão de vacinação		Cartão plano de saúde	Contrato assinado

## Anamnese

Você tem alguma queixa?

Gostaria que algum profissional da equipe lhe ajudasse?

### Linguagem

Existe na família alguma pessoa com problemas de audição ou fala? \_\_\_\_\_

Seu filho(a) escuta normal? \_\_\_\_\_

Fala: ( )alto ( )normal ( )baixo ( )fica rouco, quando?

Infecção de ouvido: ( )teve ( )tem. Durante quanto tempo?

( )Apresenta secreção no ouvido ( )Sente dor de ouvido?

( )Dorme de boca aberta ( )Ronca ( )Baba dormindo ( )Fala dormindo

( )Dorme após o almoço ( )Range dentes ( )Tem dificuldade em falar

( )Fala muito ( )Fala pouco ( )Não fala

( )Troca, omite ou distorce algum fonema? Quais? \_\_\_\_\_

### Sócio emocional

Existe na família alguma pessoa com problemas emocional ou psicológico? \_\_\_\_\_

( )Conta sonhos ou pesadelos ( )Tem medo do escuro Dorme das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ (noite)

( )Possui alguma mania? \_\_\_\_\_ Relate: \_\_\_\_\_

Tem contato: ( )maior com adultos ( )com adultos e crianças igualmente ( )brinca sozinho ( )amigo imaginário

Comportamento frente a crianças:

( )tímido ( )desconfiado ( )agressivo ( )ciumento ( )comunicativo ( )quieto ( )brincalhão ( )carinhoso

Comportamento frente a adultos? \_\_\_\_\_

Como reagem em novos ambientes? \_\_\_\_\_

Como lida com regras? \_\_\_\_\_

Qual o método de educação utilizado pelos pais? \_\_\_\_\_

Outro adulto interfere na educação dada à criança? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_ Isto é positivo? \_\_\_\_\_

Relate: \_\_\_\_\_

Características marcantes da personalidade da criança: \_\_\_\_\_

Teve alguma experiência marcante? \_\_\_\_\_ Relate: \_\_\_\_\_

Apresenta curiosidade sexual? \_\_\_\_\_ Já presenciou ou ouviu algo sobre o assunto? \_\_\_\_\_

Relate: \_\_\_\_\_

### Controle dos Esfíncteres

Controla: ( )xixi ( )cocô ( )durante o dia ( )durante a noite ( )usa fralda descartável obs.: \_\_\_\_\_

Como se deu a transição fralda /banheiro? Quem ajudou? \_\_\_\_\_

### Alimentação

Come: ( )só líquidos e papinhas ( )sólidos ( )variados ( )usa mamadeira ( )com ajuda ( )sozinha ( )mastiga bem

Aceita bem os seguintes alimentos: \_\_\_\_\_

Não aceita os seguintes alimentos: \_\_\_\_\_

Qual sua alimentação em casa? \_\_\_\_\_

Tem intolerância ou alergia alimentar? \_\_\_\_\_

Não pode comer: \_\_\_\_\_

### Intelecto

Apresenta-se curioso frente as coisas e assuntos? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

( )gosta de livros ( )ouve histórias ( )concentra-se

( ) vê televisão ( )concentra-se Quais programas assiste? \_\_\_\_\_

( )desenha ( )rabisca ( )formas espelhadas ( )formas com sentido ( ) nomeia o que desenha ( )gosta de estudar

( ) escreve ( )letras ( )números ( )palavras ( )frases ( )textos ( )deveria estar escrevendo ( )não escreve nada

( )reconhece os números ( )associa quantidade a número ( )conta até : \_\_\_\_\_ ( )realiza operações simples

( )tem brinquedos pedagógicos ( )tem dificuldades de aprendizagem? Quais: \_\_\_\_\_

Na realização das tarefas: ( )gosta de estudar ( )recusa-se ( )concentra-se ( )precisa de acompanhamento

Quem acompanha as tarefas? \_\_\_\_\_ . Sua aprendizagem encontra-se compatível com a série? \_\_\_\_\_

Qual idade iniciou a vida escolar? \_\_\_\_\_ . Onde? \_\_\_\_\_

Adaptação foi: ( )tranquila ( )trabalhosa, relate os motivos: \_\_\_\_\_

Motivo da saída da escola anterior? \_\_\_\_\_

Como se sentem os pais com a entrada do filho na Creche Escola Mundo da Fantasia? \_\_\_\_\_

Fortaleza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Ass. do Responsável: \_\_\_\_\_

Espaço reservado à Escola: