

**FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO - ENSINO FUNDAMENTAL I**

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Tel.: Residencial: \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Tel.: Residencial: \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Tel.: Residencial: \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**ÁREA MÉDICA**

Já apresentou desmaio ou convulsão? Sim  Não

Explique \_\_\_\_\_

Alergias? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

Doenças crônicas? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

É alérgico a algum medicamento? Sim  Não

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

Nome do remédio e posologia que costuma tomar quando apresenta febre:

\_\_\_\_\_

Caso a criança apresente algum problema que exija cuidados especiais, favor especificar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está com as vacinas em dia? Sim  Não

Nome do Pediatra: \_\_\_\_\_

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

Assistência médica: Particular  Convênio  Instituto

Qual? \_\_\_\_\_ N° da carteirinha \_\_\_\_\_

Se os responsáveis não forem encontrados em caso de acidente:

Seu filho (a) poderá ser medicado pelos médicos, no momento do atendimento? Sim  Não

A Escola tem autorização para tomar providências necessárias? Sim  Não

Escreva por extenso: \_\_\_\_\_

### VIDA DO ALUNO EM CASA

Com quem reside? \_\_\_\_\_

Tem irmãos? Qual o nome e idade? \_\_\_\_\_

Qual o idioma falado em casa? \_\_\_\_\_

Pratica esporte? Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

### ÁREA ESPECÍFICA DE ATENDIMENTO

Acompanhamento com profissionais como:

Fonoaudióloga Sim  Não  Tempo de atendimento: \_\_\_\_\_

Psicóloga Sim  Não  Tempo de atendimento: \_\_\_\_\_

Psicopedagoga Sim  Não  Tempo de atendimento: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

### VIDA ESCOLAR

Qual Escola frequentou anteriormente?

Nome da escola: \_\_\_\_\_ Ano que frequentou: \_\_\_\_\_

Nome da escola: \_\_\_\_\_ Ano que frequentou: \_\_\_\_\_

Foi necessário o aluno refazer algum ano do Ensino Fundamental? Sim  Não

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

Comentários: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

