



COLÉGIO DE APLICAÇÃO DOM HÉLDER CÂMARA
SETOR DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL
CLASSE ESPECIAL - ANO _____
Nível _____

Cole aqui a
foto do aluno

REGISTRO GERAL

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome do(a) Aluno(a): _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade Cronológica: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
Tel. Residencial: _____ Celular: _____ Comercial: _____

2 - DADOS FAMILIARES:

Nome do Responsável: _____
Endereço: _____
E-mail: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
Tel. Residencial: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____
Grau de Parentesco: _____
Nome da Mãe: _____
E-mail: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
Telefone residencial: _____ Celular: _____
Nome do Pai: _____
E-mail: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
Tel. Residencial: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____

3 - DADOS PESSOAIS:

1. Os pais vivem juntos? SIM () NÃO ()
2. Possui irmãos? 01 () 02 () 03 () Mais () Não Possui ()

OBS.: _____

3. Houve nascimento recente de irmão?

4. Como foram a gravidez e o parto?

5. Com quem vive o aluno?

6. Com quem fica o aluno no horário de trabalho dos pais?

7. Com quem é mais unido dentro da família?

8. Costuma conversar com os pais? SIM () NÃO ()

9. Como reage quando contrariado?

10. Seu sono é calmo ou agitado?

11. Houve algum acidente ou fato marcante na vida do aluno? Relate.

12. Houve troca de residência?

13. É portador de alguma insuficiência (cardíaca, visão, audição, etc.)? Relate.

14. Tem alguma manifestação alérgica? Qual?

15. Tem alergia a algum medicamento? Qual?

16. Já apresentou alguma doença grave? Qual?

17. Possui algum tipo de "tique" nervoso? Qual?

18. Possui medo importante? Qual?

19. Costuma ter vômitos ou disenteria (diarréia) frequentemente?

20. Algum medicamento de uso contínuo? Qual?

21. O aluno faz algum tratamento específico? Qual?

22. Qual o seu grupo sanguíneo e o seu fator RH?

23. Faz algum tipo de tratamento? () SIM () NÃO COLOCAR TELEFONES
() Fonoaudiologia () Psicologia () Neurologia () Terapia Ocupacional () Outros..

24. Faz uso regular de algum medicamento? () SIM () NÃO

Qual? _____

25. Em casa colabora com as tarefas do lar? () SIM () NÃO

26. Relaciona-se com os familiares de maneira harmônica? () SIM () NÃO

27. Faz algum curso extra curricular? () SIM () NÃO QUAL? _____

28. O aluno apresenta alguma dificuldade para aprender? _____

29. O aluno apresenta algum problema de comportamento? _____

30. Quais as dificuldades que o aluno apresenta? _____

31. Quais as maiores qualidades do aluno: _____

4 - EM CASO DE URGÊNCIA:

1. Comunicar ao responsável 01: _____

2. Endereço: _____

3. Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

4. Tel. Residencial: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____

5. Grau de Parentesco: _____

6. Comunicar ao responsável 02: _____

7. Endereço: _____

8. Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

9. Tel. Residencial: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____

10. Grau de Parentesco: _____

11. Possui algum Convênio Médico?

Qual? _____

12. Número do Cartão do Convênio: _____

5 - INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR:

1. Você tem alguma coisa importante que queira passar para a escola sobre o seu filho?

2. Fale um pouco de aluno para que possamos conhecê-lo melhor?

3. Como tomou conhecimento do nosso Projeto Escolar? Quais as suas expectativas em relação ao nosso trabalho?

6 - OBSERVAÇÕES:

FAVOR ENTREGAR O LAUDO DO (A) ALUNO (A) ATÉ O PRIMEIRO DIA DE AULA, PARA A PRÓPRIA PROFESSORA DA TURMA E ESTE PEDIDO NÃO PODERÁ SER ESQUECIDO. ESSES EXAMES SERÃO BEM IMPORTANTES PARA A ESCOLA, FACILITANDO AS OBSERVAÇÕES DIÁRIAS DA PROFESSORA, NO PROCESSO DE ENSINO - APRENDIZAGEM.

SÃO GONÇALO, _____ DE _____ DE 20_____.

Assinatura do Responsável

