



## SETOR DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL

CLASSE INTERMEDIÁRIA – ANO: 2024  
Nível \_\_\_\_\_



### FICHA DE ANAMNESE

#### - IDENTIFICAÇÃO:

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idad cronológica: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Tel .residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_

#### - DADOS FAMILIARES:

Nome do responsável: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Tel. residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_  
Grau parentesco: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_

#### - DADOS PESSOAIS:

- Os pais vivem juntos? SIM ( ) NÃO ( )
- Possui irmãos? 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) Mais ( ) Não Possui ( )
- OBS.: \_\_\_\_\_
- Houve nascimento recente de irmão? \_\_\_\_\_
- Com quem vive o aluno? \_\_\_\_\_
- Com quem fica o aluno no horário de trabalho dos pais? \_\_\_\_\_
- Costuma conversar com os pais? ( ) SIM ( ) NÃO
- Como reage quando contrariado? \_\_\_\_\_
- Seu sono é calmo ou agitado? \_\_\_\_\_
- Houve algum acidente ou fato marcante na vida do aluno? Relate.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Houve troca de residência? \_\_\_\_\_
- É portador de alguma insuficiência (cardíaca, visão, audição, etc.)? Relate.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tem alguma manifestação alérgica? Qual? \_\_\_\_\_
- Tem alergia a algum medicamento? Qual? \_\_\_\_\_
- Possui algum tipo de "tique" nervoso? Qual? \_\_\_\_\_
- Possui medo importante? Qual? \_\_\_\_\_
- Costuma ter vômitos ou disenteria (diarreia) frequentemente? \_\_\_\_\_
- Algum medicamento de uso contínuo? Qual? \_\_\_\_\_
- O aluno faz algum tratamento específico? Qual?  
( ) Fonoaudiologia ( ) Psicologia ( ) Neurologia ( ) Terapia Ocupacional ( ) Outros...
- Faz uso regular de algum medicamento? ( ) SIM ( ) NÃO  
QUAL? \_\_\_\_\_

19. Em casa colabora com as tarefas do lar? ( ) SIM ( ) NÃO
20. Relaciona-se com os familiares de maneira harmônica? ( ) SIM ( ) NÃO
21. Faz algum curso extra curricular? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL?
22. O aluno apresenta alguma dificuldade para aprender? \_\_\_\_\_
23. O aluno apresenta algum problema de comportamento? \_\_\_\_\_
24. Quais as dificuldades que o aluno apresenta? \_\_\_\_\_
25. Quais maiores qualidades do aluno: \_\_\_\_\_

**- EM CASO DE URGÊNCIA:**

**Comunicar ao responsável 01:** \_\_\_\_\_

1. Endereço: \_\_\_\_\_
2. Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
3. Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_
4. Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Comunicar responsável 02:** \_\_\_\_\_

1. Endereço: \_\_\_\_\_
2. Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
3. Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_
4. Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_
5. Possui algum Convênio Médico? Qual? \_\_\_\_\_
6. Número do Cartão do Convênio: \_\_\_\_\_

**- INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR:**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Fale um pouco do seu filho, para que possamos conhecê-lo(a)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Como tomou conhecimento do nosso Projeto Escolar? Quais as suas expectativas em relação a nossa escola?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**- OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

**- Favor entregar o laudo do(a) aluno(a) no ato da matrícula para secretaria ou no primeiro dia de aula, para a coordenadora pedagógica do segmento. Não pode esquecer!**

**- O laudo é muito importante para o(a) aluno(a) ser assegurado(a) por lei, para assim, ter as adequações necessárias pela escola perante as suas limitações. Caso o laudo não estiver na escola, o(a) aluno(a) não poderá ser amparado por lei.**

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável**