



SETOR DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL

CLASSE INTERMEDIÁRIA

Nível _____

FICHA DE ANAMNESE



- IDENTIFICAÇÃO:

Nome do(a) aluno(a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade cronológica: _____

Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
Tel.residencial: _____ Celular: _____ Comercial: _____

- DADOS FAMILIARES:

Nome do responsável: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

Tel. residencial: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____

Grau de parentesco: _____

Nome da mãe: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

Nome do pai: _____
E-mail: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____

- 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.Com quem vive o aluno? _____

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

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

7.Como reage quando contrariado? _____

8.Seu sono é calmo ou agitado? _____

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

10.Houve troca de residência? _____

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

12.Tem alguma manifestação alérgica? Qual? _____

13.Tem alergia a algum medicamento? Qual? _____

14.Possui algum tipo de "tique" nervoso? Qual? _____

15. Possui medo importante? Qual? _____
16. Costuma ter vômitos ou disenteria (diarreia) frequentemente? _____
17. Algum medicamento de uso contínuo? Qual? _____
18. O aluno faz algum tratamento específico? Qual?
() Fonoaudiologia () Psicologia () Neurologia () Terapia Ocupacional () Outros...

19. 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 as 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 ao 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.

SÃO GONÇALO, _____ DE _____ DE 20_____.

Assinatura do Responsável