COLÉGIO DE APLICAÇÃO DOM HÉLDER CÂMARA
Mantenedora Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura
Rua Lambari, nº 10 – Trindade – São Gonçalo - RJ
Renovação do Reconhecimento – Parecer nº 862/85 – CEE
CNPJ: 28.638.393/0013-16
FILIAL 1 - Piratininga
Rua Ary Gomes, nº 79 – Piratininga – Niterói - Rj
Reconhecimento – Parecer nº 56/94 – CEE
CNPJ: 28.638.393/0015-88

EDUCAÇÃO ESPECIAL

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? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 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? _____
20. Em casa colabora com as tarefas do lar? ( ) SIM ( ) NÃO
21. Relaciona-se com os familiares de maneira harmônica? ( ) SIM ( ) NÃO
22. Faz algum curso extracurricular? ( ) SIM ( )NÃO QUAL? _____
23. O aluno apresenta alguma dificuldade para aprender? _____
24. O aluno apresenta algum problema de comportamento? _____
25. Quais as dificuldades que o aluno apresenta? _____
_____
26. Quais as maiores qualidades do aluno: _____
_____
27. O aluno realiza terapia? Qual(is) e o contato. _____
_____
28. O aluno tem laudo? Favo escrever o nome do neurologista ou psiquiatra? Contato.
_____
_____

- 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 do segmento.

- 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, a educação caminha sozinha, sem essa parceria.

SÃO GONÇALO, _____ DE _____ DE 20_____.

_____
Assinatura do Responsável