

FICHA INFORMATIVA – 2018

Segmento II (6º ao 9º Ano) e Segmento III (1ª a 3ª série)

CURSO:

() Ensino Fundamental II – ANO () 6º () 7º () 8º () 9º

PERÍODO:

() Manhã () Tarde

CURSO:

() Ensino Médio – SÉRIE () 1ª () 2ª () 3ª

PERÍODO:

() Manhã () Tarde

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local: _____

Residência: _____

Bairro: _____ CEP.: _____ Fone: _____

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Fone Comercial: _____

Escolaridade: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Fone Comercial: _____

Escolaridade: _____ Celular: _____

E-mail: _____

2. VIDA ESCOLAR:

✓ Qual o motivo da procura pela escola?

✓ Qual a importância da formação religiosa para a família?

✓ Descreva, brevemente, o perfil de seu filho:

✓ Frequenta escola desde que idade?

✓ Já foi reprovado(a)?

() Sim () Não Em qual série? _____

✓ Cite as escolas que frequentou em ordem cronológica:

✓ Quem acompanha a vida escolar do(a) aluno(a)?

Tarefas, reuniões, atividades sociais na escola, etc.

✓ Frequenta algum curso ou acompanhamento particular?

() sim () não

Qual? _____

Frequência? _____

3. VIDA FAMILIAR:

✓ Relacione os filhos por ordem de nascimento (incluindo observações necessárias, como: idade, adoções, filhos de casamentos anteriores, etc.)

✓ Os pais estão:

() casados () separados.

No caso de pais separados, com quem moram os filhos?

A guarda é compartilhada? () sim () não

Observação: _____

Para resposta negativa, de quem é a guarda?

Cite outras pessoas que moram com a família:

Quem passa a maior parte do tempo com o(a) aluno(a)?

A família passa por alguma dificuldade no momento? Qual?

Como o(a) aluno(a) reage diante dos limites impostos pelos pais?

E pelos outros?

Qual a atitude dos pais diante da resistência do(a) filho(a)?

Como é o relacionamento do(a) aluno(a) na família?

Com o pai:

Com a mãe:

Com os irmãos:

4. EM RELAÇÃO AO SONO:

A que horas vai dormir?

Como é o seu sono?

Dorme durante o dia? () sim () não

A que horas se levanta? _____

Apresenta algum medo? Qual? Como reage?

Briga, irrita-se e/ou chora com facilidade?

5. EM RELAÇÃO AO ESTUDO EM CASA:

Qual é o local de estudo do(a) aluno(a)?

Quantas horas estuda por dia?

6. EM RELAÇÃO À SAÚDE:

Sofreu algum acidente? () sim () não Com que idade? _____

Qual? _____

Tem ou teve alguma moléstia grave? () sim () não Com que idade? _____

Qual? _____

Sofreu alguma cirurgia? () sim () não Com que idade? _____

Qual? _____

Foi internado(a) para tratamento médico? () sim () não

Por quê? _____

Com que idade? _____

Está fazendo acompanhamento médico? () sim () não

Qual? _____

Medicamento que utiliza: _____

Apresenta alguma doença ou alergia? () sim () não

Qual? _____

Apresenta algum diagnóstico de transtorno mental? () sim () não

Qual? _____

Observação: _____

Faz ou fez acompanhamento:

() fonoaudiológico

() psicopedagógico

() psicológico

() neuropsicológico

() neurológico

() psiquiátrico

Quando fez: _____

Data da alta: _____

7. OUTRAS OBSERVAÇÕES QUE JULGAR IMPORTANTE:

NOME DO INFORMANTE (parentesco):

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável