



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

Secretaria de Educação

EMEI - ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL



Parque : _____

Professora : _____

Série : _____

FICHA DE DADOS DO ALUNO

I - Identificação do Aluno

Nome do Aluno: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Cor/Raça: _____ Cidade: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do(a) Responsável: _____

Necessidade Educacional Especial: () Não () Sim. Qual: _____

Endereço _____ N° _____

Bairro: _____ Telefone _____

II - Composição Familiar

Nome	Idade	Estado Civil	Grau de Parentesco

III - Saúde do Aluno

01) Sofre de alguma doença? () Não () Sim. Qual: _____

02) Toma algum medicamento periodicamente? () Não () Sim. Qual: _____

03) Sofre de alergias? (Alimentos, Medicamentos, Poeira, Tinta, etc.) () Não () Sim. Qual: _____

04) Existe algum problema que os pais desejam esclarecer para que o(a) aluno(a) tenha um melhor atendimento?

IV - Dados Complementares

01) Profissão do Pai: _____

Local de Trabalho: _____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Telefone: _____

02) Profissão da Mãe: _____

Local de Trabalho: _____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Telefone: _____

V - História Pessoal

01) Condições gerais que se desenvolveu a gravidez, houve alguma complicação (Radiografia, Exame de Sangue, Transfusão, Doença, Acidentes, Hemorragia, Convulsões, Rubéola)?

02) Tipo de Parto: () Normal () Cesária () Fórceps () Hospitalar

() Domiciliar () Prematuro () A Termo () Gêmeos

03) Demorou para chorar: _____

04) Quando nasceu, a criança necessitou ficar na incubadora? () Não () Sim

05) Recebeu aleitamento materno () Não () Sim Quanto Tempo: _____

06) Com quantos anos andou? _____

07) Com quantos anos falou? _____

08) Quais as doenças que a criança já teve? _____

09) Já esteve internado(a)? (Motivo e Tempo): _____

10) Sofreu algum acidente? (Desmaio, Convulsão, Afogamento): _____

11) Atualmente faz algum tratamento médico? (Especificar): _____

12) Possui convênio médico? Qual? _____

VI - Rotina da Criança

01) Possui algum hábito para dormir? () Não () Sim. Qual: _____

02) Usa mamadeira? () Não () Sim. Usa chupeta? () Não () Sim.

03) Qual a mão que usa de preferência? _____

04) Como é o comportamento da criança? (Agitada, Quieta, Nervosa, Agressiva, Inibida, Extrovertida)

05) A criança possui algum tipo de medo? () Não () Sim. Qual: _____