

FICHA DE ANAMNESE – 2º ANO AO 9º ANO

Ano Letivo:	Nº da Matrícula:	() Rematrícula () Nova
Turma:		Turno:

Querida família, esta ficha foi desenvolvida para conhecermos melhor o seu (sua) filho (a).

As informações aqui contidas são de grande valor para que juntos, família e escola, possamos desenvolver um bom trabalho no decorrer do ano letivo. O histórico do desenvolvimento do seu (sua) filho (a) são informações valiosas para o nosso trabalho escolar, para fazê-lo (la) avançar ainda mais na aquisição de novos conhecimentos. Certos da sua colaboração, agradecemos desde já!

1. DADOS DO ALUNO

Nome: _____ **Sexo:** () F () M

Data Nascimento: _____ **Naturalidade/UF:** _____

Endereço: _____

CEP: _____ **Cidade/UF:** _____ **Telefone:** _____

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: _____

Data Nascimento: _____ **Estado Civil:** _____

Profissão: _____ **Religião:** _____

Tel. Res.: _____ **Tel. Com.:** _____ **Celular:** _____

E-mail: _____

Nome do Pai:

Data Nascimento: _____ **Estado Civil:** _____

Profissão: _____ **Religião:** _____

Tel. Res.: _____ **Tel. Com.:** _____ **Celular:** _____

E-mail: _____

Nome do Responsável:

Data Nascimento: _____ **Estado Civil:** _____

Profissão: _____ **Religião:** _____

Tel. Res.: _____ **Tel. Com.:** _____ **Celular:** _____

E-mail: _____

3. FAMÍLIA

Os pais são:

() Casados () Separados () Separados com formação de uma nova família

Caso os pais sejam separados ou divorciados, o regime de guarda é compartilhado ou exclusivo de um dos dois:

() compartilhado entre ambos () da mãe () do pai () outro

Quem toma as decisões a respeito da criança?

Reside com: () Pai () Mãe () Outro, quem?

No caso de adoção, a criança é ciente disso? () Sim () Não

Qual a reação da criança a respeito dessa situação?

Tem irmãos? Quantos? Qual o sexo e as idades?

Na composição familiar qual a posição?

Qual o tempo que passa com os pais?

Quem costuma trazê-la e buscá-la na escola?

Vivenciou rejeição? () Sim () Não

Houve nascimento recente de irmãos?

4. HISTÓRICO

Está sob cuidados médicos? () Sim () Não

Por quê?

Possui alguma alergia? () Sim () Não

Quais?

Usa medicação de forma contínua? () Sim () Não

Qual?

Faz acompanhamento com especialista? () Sim () Não

Quais?

Pode participar das aulas de Educação Física? () Sim () Não (trazer comprovante médico)

Já teve ou tem convulsões? () Sim () Não

Quando?

Apresenta problemas neurológicos? () Sim () Não

Quais?

Sofreu algum acidente ou cirurgia? () Sim () Não

Há quanto tempo?

Caso tenha sofrido algum acidente ou cirurgia, especifique aqui:

5. DESENVOLVIMENTO

Apresenta dificuldade ao locomover-se, caminhar ou correr? () Sim () Não

Qual?

Apresenta dificuldade na fala? () Sim () Não

Qual?

Apresenta dificuldade para enxergar? () Sim () Não

Especifique:

Apresenta dificuldade para ouvir? () Sim () Não

Especifique:

6. PREFERÊNCIAS

O que mais gosta de comer?

Do que mais gosta de brincar?

Prefere relacionar com pessoas de qual idade?

() da sua idade () mais velha () mais nova

Prefere brincar sozinha ou acompanhada?

Gosta de ouvir música ou cantar?

Faz amizades com facilidade? () Sim () Não

Tem animal de estimação? () Sim () Não

Assiste programa de televisão? () Sim () Não

Quais?

Qual o tempo de exposição em telas?

Faz uso de Internet ou redes sociais? () Sim () Não

Quais?

Caso a resposta seja positiva, os pais estão atentos a questão e orientam quanto ao uso da internet e das redes sociais?

() Sim () Não

Sabe quais sites acessados e quem são as pessoas que ele/ela mantém contato virtual?

() Sim () Não

Dorme junto com os pais? () Sim () Não

Dorme em seu próprio quarto? () Sim () Não

Divide o quarto com outra pessoa? () Sim () Não

Com quem e quantos anos tem?

Que horas costuma dormir?

Dorme com luz apagada? () Sim () Não

Reposa após o almoço? () Sim () Não

Como é durante o sono?

() tranquilo () agitado () precisa ter iluminação () usa objetos para dormir/ Qual?

() tem insônia () tem pesadelos () apresenta excesso de sono () tem período de sono normal

Demonstra medo de algo? () Sim () Não

Cite:

7. PERSONALIDADE

Quando contrariado, como reage?

Chora por qualquer motivo? () Sim () Não

Qual atitude dos pais nessa situação?

Os pais cedem a todos os gostos? () Sim () Não

Quais medidas disciplinares empregadas pelos pais:

Fica de maneira tranquila, sob os cuidados de outras pessoas, que não sejam os pais? () Sim () Não

Apegada a alguém do seu convívio social? () Sim () Não Quem?

Costuma guardar seus brinquedos e arrumar suas coisas? () Sim () Não

No seu ponto de vista, como ele/ela é?

() obediente

() desobediente

() calma

() nervosa

() ciumenta

() atenta

() distraída

() mimada

() queixosa

() independente

() sorridente

() tímida

() possessiva

() ansiosa

() segura

() alegre

() comunicativa

() agressiva

() cooperadora

() espírito de liderança

() desorganizado

() dificuldade com regras

() outros... Cite:

Escreva aqui como é a rotina dele/dela, desde que acorda até a hora de dormir:

8. ESCOLARIZAÇÃO

Já frequentou escolas antes? () Sim () Não

Quais?

Como era o relacionamento com professores e colegas?

Qual o motivo levou a mudança de escola?

Já repetiu alguma série? () Sim () Não

Qual?

Apresenta tolerância a frustração? () Sim () Não

Mostra-se prestativo, auxiliando os colegas quando necessário? () Sim () Não

Adapta-se com facilidade a mudança de posição dentro da sala de aula (troca de carteira, por exemplo)? () Sim () Não

Adapta-se com facilidade a novos grupos de trabalho? () Sim () Não

Prefere fazer as atividades em grupo ou sozinho?

Mantém contato com os colegas fora da escola? () Sim () Não

Observou-se alguma dificuldade de aprendizagem? () Sim () Não

Especificar:

Recebe apoio pedagógico em casa? () Sim () Não

De quem?

Tem rotina de estudos estabelecida? () Sim () Não

A família acompanha os estudos? () Sim () Não

Estuda sozinho? () Sim () Não

Já foi avaliado por algum profissional? () Sim () Não

Qual?

Possui algum laudo? () Sim () Não

Qual diagnóstico?

Faz acompanhamento com algum profissional (psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, etc)? () Sim () Não

Qual?

Faz atividades extracurricular? () Sim () Não

Quais e quantas vezes por semana?

9. OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Motivo da escolha do Colégio Dom José

() Excelência Acadêmica () Escola Confessional () Indicação () Horário () Outros

Qual a expectativa com relação a escola?

Quais outras informações, você considera importante, que não foi especificado acima?

Declaro serem verdadeiras todas as informações por mim prestadas nesta Ficha de Anamnese e informo ser o (a) responsável legal pelo(a) aluno(a).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

CPF:

Nome: