

FICHA DE ANAMNESE – INFANTIL AO 1º 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?

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 Psicomotricidade? () 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. GESTAÇÃO

Gestação planejada? () Sim () Não

Parto tranquilo? () Sim () Não

Necessitou de oxigênio? () Sim () Não

Vivenciou rejeição? () Sim () Não

Houve nascimento recente de irmãos?

6. DESENVOLVIMENTO

Qual idade aproximada que a criança:

Sentou?

Engatinhou?

Andou?

Falou?

Toma mamadeira? () Sim () Não

Chupa chupeta? () Sim () Não

Come sozinho/a? () Sim () Não

Controla esfínteres? () Sim () Não

Usa fralda?

() durante o dia todo

() em alguns períodos do dia

() somente a noite

() não usa

Vai ao banheiro sozinho/a? () Sim () Não

Toma banho sozinho/a? () Sim () Não

Idade em que andou?

Idade em que falou?

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:

7. 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?

Tem animal de estimação?

Gosta de desenhar? () Sim () Não

Gosta de ouvir histórias? () Sim () Não

Gosta de contar e recontar histórias, depois de ouvi-las? () Sim () Não

Assiste programa de televisão? () Sim () Não
Quais?

Qual o tempo de exposição em telas?

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

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

Dorme com outros irmãos? () Sim () Não

Que horas costuma dormir?

Dorme com luz apagada? () Sim () Não

Repousa 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:

8. PERSONALIDADE

Quando contrariada, 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 à 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:

9. ESCOLARIZAÇÃO

Já frequentou escolas antes? () Sim () Não

Quais?

Idade que ingressou na escola?

Como foi a adaptação?

Como era o relacionamento com professores e colegas?

Qual o motivo levou a mudança de escola?

Apresenta tolerância a frustração? () Sim () Não

Prefere fazer as atividades como: () grupo () 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?

Já foi avaliada 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 atividade extracurricular? () Sim () Não

Quais e quantas vezes por semana?

10. 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: