

TURMA

- Maternal I - 1 ano
- Maternal II - 2 anos
- Maternal III - 3 anos
- 1º Período - 4 anos
- 2º Período - 5 anos
- 1º Ano do Ensino Fundamental
- 2º Ano do Ensino Fundamental
- 3º Ano do Ensino Fundamental
- 4º Ano do Ensino Fundamental
- 5º Ano do Ensino Fundamental

TURNO

- Manhã
- Tarde
- Integral

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo: F

M

Endereço Residencial:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

Telefone (s):

II. FAMÍLIA

Pai:

Idade:

Nível de instrução:

Profissão:

Local de trabalho:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

Horário de trabalho:

Telefone (s):

Mãe:

Idade:

Nível de instrução:

Profissão:

Local de trabalho:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

Horário de trabalho:

Telefone (s):

III. OUTROS TELEFONES DE CONTATOS



IV. SITUAÇÕES ESPECIAIS (esclarecer se há algumas situação especial na família)

- Pais falecidos
- Pais adotivos
- Pais separados: Há quanto tempo?
- Outros
- Padrasto
- Madrasta
- A criança é educada por outras pessoa

Explique:

V. GRAVIDEZ

Como foi a gravidez?

E o parto?

VI. RELACIONAMENTOS

Qual a posição da criança na família?

Quantos membros da família residem na mesma casa ?

Como é o relacionamento da criança com os pais?

Tem irmãos? Quantos?

Como é o relacionamento da criança com outras crianças?

Tem alguma brincadeira ou brinquedo preferido?

Qual é atividade de lazer preferida junto aos familiares?

Já frequentou escola? Qual o período?

Nome da escola?

VII. SAÚDE

Grupo sanguíneo: Doenças que já teve:

Foi necessário hospitalização? Sim Não

Observações:

Tem ou já teve alergias? A que?

Precisa de algum cuidado especial por motivo de doença?

Que tipo de cuidado:

Em caso de febre, qual o medicamento e sua dosagem que a criança utiliza:

As vacinas estão em dia? Sim Não (Anexo cartão de xerox).

Em caso de doença, acidentes, na emergência, quem deve ser avisado? _____

Telefone (s): _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

UF: _____

Podemos pedir a pessoa avisada que leve ao hospital? Sim Não

Podemos levar e comunicar? Sim Não

Nome do médico pediatra: _____

Telefone (s): _____

Nome do hospital: _____

Telefone (s): _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

UF: _____

OBS: Se possui convênio com algum hospital, anexar o xerox da carteira do convênio.

VII. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Seu filho já teve algum atendimento com profissional especializado? Sim Não

Qual? _____

Ainda faz? Sim Não

Quando iniciou? _____

Qual tempo de duração? _____

Se parou, por que? _____

Nome do profissional: _____

Telefone (s): _____

Resuma a razão principal que o levou a buscar o atendimento especializado:

IX. DESENVOLVIMENTO

Arrastou? Sim Não

Com qual idade? _____

Engatinhou? Sim Não

Com qual idade? _____

Quando começou a andar? _____

Quando começou a falar? _____

A linguagem é atendida pelos pais? _____

Troca letra? Sim Não

Quais? _____

Omite letras? Sim Não

Quais? _____

Gosta de desenhar, ler, brincar e de jogos? Sim Não

Utiliza a mão esquerda ou a direita?

Tem hábito de estudar? Sim Não

É um hábito praticado pela família? Sim Não

Tem dificuldades para se adaptar a ambientes novos ou com muitas pessoas?

Como é a reação da criança?

Como reage as frustrações?

X. ALIMENTAÇÃO E HÁBITOS ALIMENTARES

Toma mamadeira? Sim Não

Quando deixou de tomar?

Descreva como é a alimentação da criança, e se há restrições:

XI. HÁBITOS DE HIGIENE, SONO E REPOUSO

Usa fraldas?

S N

Quando deixou de usar?

Utiliza penico ou vasos?

S N

Faz xixi na roupa?

S N

Quando deixou de fazer?

E na cama?

S N

Quando deixou de fazer?

Usa chupeta?

S N

Quando deixou de usar?

Tem hábito de escovar os dentes?

S N

Dorme durante o dia

S N

Quanto tempo?

À noite a que horas se deita?

Acorda de madrugada?

Quando acorda toma mamadeira?

S N

Tem algum hábito para dormir?

S N

Qual?

XII. ROTINA

Descreva como se encontra organizada, atualmente a rotina da criança (a que horas acorda pela manhã e como é seu dia a dia):

XIII. EXPECTATIVA

Qual a sua expectativa em relação a vida de seu(sua) filho (a) para o Colégio Cristão Alfa?

XIV. TRANSPORTE ESCOLAR

Seu (sua) filho (a) utilizará transporte escolar? Sim Não

Em caso afirmativo registre:

Nome do motorista:

Telefone (s):

XV. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIO:

Início da criança no Colégio Cristão Alfa:

Horário de chegada: : Horário de saída: :

Contagem, . .

Assinatura do responsável

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: 7H ÀS 18H30.

Rua Peróbas, 20
Eldorado | Contagem - MG

☎ 31 3565-4601 | 📞 31 98417-1158
contato@colegiocristaoalfa.com.br

www.colegiocristaoalfa.com.br
📱 📺 Colégio Cristão Alfa



Meu dna
e cristão

lealdade

harmonia

verdade

