

## PREENCHIDO PELA ESCOLA

Nº matricula: \_\_\_\_\_ Data Matrícula: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Educação Infantil (Mat, Pré I e Pré II) Turno:  Manhã  Tarde  Integral Manhã  Integral Tarde

Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) Turno:  Manhã  Tarde  Integral Manhã  Integral Tarde

Ensino Fundamental 2 (6º ao 9º ano) Turno:  Manhã  Tarde  Integral Manhã  Integral Tarde

Foto 3x4

## IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO(A)

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Local Nascimento: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Colégio de origem: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Foi indicado por alguém? Se sim, favor indicar o nome e contato: \_\_\_\_\_

## FILIAÇÃO

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Empresa onde pai trabalha: \_\_\_\_\_ Função que exerce: \_\_\_\_\_

Grau de instrução pai:  Ensino Básico  Ensino Médio  Graduação  Pós Graduação  Mestrado  Doutorado

Celular pai: \_\_\_\_\_ Residencial pai: \_\_\_\_\_ Comercial pai: \_\_\_\_\_

Email pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Empresa onde mãe trabalha: \_\_\_\_\_ Função que exerce: \_\_\_\_\_

Grau de instrução mãe:  Ensino Básico  Ensino Médio  Graduação  Pós Graduação  Mestrado  Doutorado

Celular mãe: \_\_\_\_\_ Residencial mãe: \_\_\_\_\_ Comercial mãe: \_\_\_\_\_

Email mãe: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelo aluno (a) na ausência dos pais: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Empresa em que trabalha: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

## NÚCLEO FAMILIAR

O aluno(a) vive com  pais  só pai  só mãe  avós  outros Especificar: \_\_\_\_\_

Atual situação conjugal dos pais:  casados  divorciados  separados  viúvo(a)

O aluno(a) passou pelo processo de adoção?  sim  não A partir de que idade? \_\_\_\_\_

Se sim, a documentação está regularizada?  sim  não

Quem está autorizado a retirar o aluno(a) na escola?  só pai  só mãe  outros Especificar: \_\_\_\_\_

Se divorciados ou separados, quem tem a guarda do filho(a)? pai  mãe  outros Especificar: \_\_\_\_\_

A guarda é ? unilateral  compartilhada

**Nota:** Favor anexar cópia do documento de Guarda de acordo com legislação vigente, assinado por juiz.

Número de filhos: \_\_\_\_\_ O aluno é o \_\_\_\_\_ filho (primeiro, segundo, terceiro)

Tem irmãos que estudam no CEDUCA?  sim  não Se sim, especificar nome, turma:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

Religião do aluno: \_\_\_\_\_ Ele pratica?  sim  não

É a mesma da família?  sim  não

Participam de alguma igreja?  sim  não e sim, qual? Quanto tempo?

## O ALUNO E SUA SAÚDE FÍSICA

O parto foi:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> prematuro
Teve ou tem algum problema de saúde?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? <input type="checkbox"/> catapora <input type="checkbox"/> meningite <input type="checkbox"/> hepatite <input type="checkbox"/> dengue <input type="checkbox"/> pneumonia <input type="checkbox"/> outras Se outras, especificar:
Faz uso regular de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem algum tipo de alergia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? <input type="checkbox"/> pele <input type="checkbox"/> alimentar <input type="checkbox"/> bronquite <input type="checkbox"/> rinite <input type="checkbox"/> outra
É alérgico a algum tipo de medicação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Já teve convulsão?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Atualmente faz algum atendimento com profissionais de saúde? (Ex: cardiologista, dermatologista, endocrinologista..)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, qual especialidade?
Apresenta algum laudo diagnóstico sobre aprendizagem?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem convênio médico?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Faz algum tratamento especializado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? <input type="checkbox"/> psicólogo <input type="checkbox"/> psicopedagogo <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> terapia ocupacional <input type="checkbox"/> outro Especificar:
Recebe escolarização em outro espaço?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
A escola oferece atendimento emergencial O aluno está autorizado a receber esse atendimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Alguma restrição quanto a prática de atividades na escola?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Faz ou fez tratamento para o crescimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Teve atraso no desenvolvimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem ou teve problema no coração? Faz acompanhamento desse problema?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem intolerância a lactose ou glúten?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem alguma deficiência?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Usa alguma prótese?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem ou teve desmaio ou convulsão?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
É acompanhado por causa disso?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem diabetes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Faz tratamento por causa disso?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem algum problema na coluna?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Já teve alguma fratura?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem dificuldade para caminhar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Já se submeteu a alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem problema com peso?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Já esteve internado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Tem convênio médico?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Apresenta algum diagnóstico de deficiência, transtorno global do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, apresentar cópia dos laudos dos médicos e abaixo descrever as orientações médicas.
<b>Orientações Médicas:</b>	
Grupo Sanguíneo:	Fator RH:
<b>EM CASO DE EMERGÊNCIA</b>	
Informe nome e telefones de quem possa ser comunicado caso não consiga falar com os pais e/ou responsáveis.	