

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.
Orientações Médicas:	
Grupo Sanguíneo:	Fator RH:
EM CASO DE EMERGÊNCIA	
Informe nome e telefones de quem possa ser comunicado caso não consiga falar com os pais e/ou responsáveis.	