

## TURMA - PREENCHIDO PELA ESCOLA

EDUCAÇÃO INFANTIL		FUNDAMENTAL 1		FOTO
Turmas Manhã	Turmas Tarde	Turmas Manhã	Turmas Tarde	
<input type="checkbox"/> Berçário	<input type="checkbox"/> Berçário	<input type="checkbox"/> 1º ano	<input type="checkbox"/> 1º ano	
<input type="checkbox"/> Infantil - 1	<input type="checkbox"/> Infantil - 1	<input type="checkbox"/> 2º ano	<input type="checkbox"/> 2º ano	
<input type="checkbox"/> Infantil - 2	<input type="checkbox"/> Infantil - 2	<input type="checkbox"/> 3º ano	<input type="checkbox"/> 3º ano	
<input type="checkbox"/> Infantil - 3	<input type="checkbox"/> Infantil - 3	<input type="checkbox"/> 4º ano	<input type="checkbox"/> 4º ano	
<input type="checkbox"/> Infantil - 4	<input type="checkbox"/> Infantil - 4	<input type="checkbox"/> 5º ano	<input type="checkbox"/> 5º ano	
<input type="checkbox"/> Infantil - 5	<input type="checkbox"/> Infantil - 5			

Data de ingresso na escola: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO(A) - PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL

Nome completo:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Ensino Básico <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	
Celular pai:	<input type="checkbox"/> Residencial pai: <input type="checkbox"/> Comercial pai:
Email pai:	
Nome da Mãe:	Profissão:
Empresa onde mãe trabalha:	Função que exerce:
Grau de instrução mãe: <input type="checkbox"/> Ensino Básico <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	
Celular mãe:	<input type="checkbox"/> Residencial mãe: <input type="checkbox"/> 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?
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? Se sim, apresentar cópia dos laudos dos especialistas responsáveis.	<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?
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.		