



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

Secretaria de Educação

EMEI - ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Parque : \_\_\_\_\_

Professora : \_\_\_\_\_

Série : \_\_\_\_\_

FICHA DE DADOS DO ALUNO

I - Identificação do Aluno

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cor/Raça: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Necessidade Educacional Especial: ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

II - Composição Familiar

Nome	Idade	Estado Civil	Grau de Parentesco

III - Saúde do Aluno

01) Sofre de alguma doença? ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

02) Toma algum medicamento periodicamente? ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

03) Sofre de alergias? (Alimentos, Medicamentos, Poeira, Tinta, etc.) ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

04) Existe algum problema que os pais desejam esclarecer para que o(a) aluno(a) tenha um melhor atendimento

IV - Dados Complementares

01) Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

02) Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, com que outras pessoas da família poderemos entrar em contato?

Nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## V - História Pessoal

01) Condições gerais que se desenvolveu a gravidez, houve alguma complicação (Radiografia, Exame de Sangue, Transfusão, Doença, Acidentes, Hemorragia, Convulsões, Rubéola):

02) Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesária ( ) Fórceps ( ) Hospitalar

( ) Domiciliar ( ) Prematuro ( ) A Termo ( ) Gêmeos

03) Demorou para chorar: \_\_\_\_\_

04) Quando nasceu, a criança necessitou ficar na incubadora? ( ) Não ( ) Sim

05) recebeu aleitamento materno ( ) Não ( ) Sim Quanto tempo: \_\_\_\_\_

06) Com quantos anos andou? \_\_\_\_\_

07) Com quantos anos falou? \_\_\_\_\_

08) Quais as doenças que a criança já teve? \_\_\_\_\_

09) Já esteve internado(a)? (Motivo e Tempo): \_\_\_\_\_

10) Sofreu algum acidente? (Desmaio, Convulsão, Afogamento): \_\_\_\_\_

11) Atualmente faz algum tratamento médico? (Especificar): \_\_\_\_\_

12) Possui convênio médico? Qual? \_\_\_\_\_

## VI - Rotina da Criança

01) Possui algum hábito para dormir? ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

02) Usa mamadeira? ( ) Não ( ) Sim. Usa chupeta? ( ) Não ( ) Sim.

03) Qual a mão que usa de preferência? \_\_\_\_\_

04) Como é o comportamento da criança? (Agitada, Quieta, Nervosa, Agressiva, Inibida, Extrovertida)

05) A criança possui algum tipo de medo? ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

Birigui-SP \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai ou Responsável