

NOME DA CRIANÇA: _____

Como a criança gosta de ser chamada: _____

IRMÃOS

Nº de irmãos: _____ () Masculino () Feminino Posição da criança entre os irmãos: _____

Nomes dos irmãos e idades:

1. _____ Idade: _____

2. _____ Idade: _____

3. _____ Idade: _____

4. _____ Idade: _____

PESSOAS QUE MORAM JUNTO COM A CRIANÇA:

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

SAÚDE

Informações Gerais

Plano de Saúde: _____ Nº de inscrição: _____

Fotocópia do Cartão de Vacina (identificação e vacinas) ou comprovante ou certificado de vacina emitido pelo Posto de Saúde.

A criança apresenta algum problema de saúde? () Sim () Não

Está sob cuidados médicos ou terapêuticos atualmente? () Sim () Não

Especifique qual(is) problema(s) e descreva os cuidados necessários:

Alergias/intolerâncias: _____

Anexar laudo atualizado.

Quais são os sintomas apresentados quando está em crise?

Síndromes/deficiências: _____

() Física () Visual () De fala () Auditiva () Outras:

Anexar laudo atualizado.

ALGO A COMENTAR SOBRE:

Visão da criança:

Audição da criança:

Linguagem da criança:

Outros:

DOENÇAS CRÔNICAS

() Asma () Dependência de insulina () Doença celíaca () Hemofilia

() Reumatismo () Bronquite () Diabete () Epilepsia () Hipertensão

Outras:

DOENÇAS CONTAGIOSAS JÁ CONTRAÍDAS

() Catapora () Coqueluche () Rubéola () Caxumba () Escarlatina () Sarampo

Outras:

DOENÇAS CONGÊNITAS

() Possui doenças congênitas. Quais?

EM CASO DE EMERGÊNCIA, NÃO LOCALIZANDO OS RESPONSÁVEIS, CONTATAR

Nome 1:

Parentesco:

Telefone:

Nome 2:

Parentesco:

Telefone:

INFORMAÇÕES SOBRE OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Qual a reação da família quando souberam que teriam um filho?

Condições da gestação:

Condições do parto: () Normal () Cesariana

Observações:

Engatinhou: () Sim () Não. Se sim, com que idade?

Idade em que andou: _____ Idade em que falou: _____

INFORMAÇÕES SOBRE PERSONALIDADE/COMPORTEAMENTO DA CRIANÇA

Como você descreveria a personalidade da criança?

INFORMAÇÕES SOBRE OS HÁBITOS DIÁRIOS

Recreação e rotina diária (como brinca, quais são os brinquedos preferidos, costuma brincar com alguém ou sozinho, pratica atividade física fora do período escolar, o que costuma fazer e com quem permanece no período em que não está na escola):

Alimentação (horário, comportamento, preferências, hábitos, rejeição):

Higiene (banho, desfralde, uso de sanitário, escovação de dentes, uso de chupeta etc.):

Vestuário (autonomia no vestir-se, hábitos, preferências):

Sono (horário de dormir/acordar, dorme sozinho, sono diurno, hábitos):

Quais os momentos em que a família está reunida? O que a família faz neste tempo?

Qual a relação que a criança possui com os meios de comunicação e com a tecnologia (televisão, cinema, teatro, videogame, computador, revistas, livros, internet)?

INFORMAÇÕES PEDAGÓGICAS

A criança já teve algum contato com a escola (onde, quanto tempo, como foi)?

A família conhece o trabalho e a metodologia da Atividade/Projeto do Sesc na qual o filho está sendo matriculado? O que espera que seja trabalhado com a criança?

Quais os motivos do ingresso da criança nesta Atividade/Projeto?

Quais as expectativas da família em relação à escola?

INFORMAÇÕES EXTRAS

Observações que considera pertinente acrescentar:

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

_____ / ____ / ____