



SOA - Serviço de Orientação e Atendimento
FICHA MÉDICA E SOCIAL - Fundamental II e Médio

1. Dados do Aluno

Nome completo do Aluno (a) _____

Nacionalidade _____ Série _____ Período _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Natural de: _____ UF: _____

Com quem mora? _____

Escola de Origem: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefones: _____

Telefones para recado com: _____ no número: _____ em

caso de não conseguirmos entrar em contato com os pais.

2. Dados do Pai

Nome do Pai ou Responsável: _____

Nacionalidade: _____ Profissão: _____

Qual a função que desempenha? _____

Endereço Particular: _____

Endereço do local de trabalho: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Telefone Comercial: _____ Ramal: _____ Depto: _____

E-mail: _____

Grau de instrução: _____

3. Dados da Mãe ou Responsável

Nome da Mãe ou Responsável: _____

Nacionalidade: _____ Profissão: _____

Qual a função que desempenha? _____

Endereço Particular: _____

Endereço do local de trabalho: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Telefone Comercial: _____ Ramal: _____ Depto: _____

E-mail: _____

Grau de instrução: _____

4. Irmãos

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Se dá bem com os irmãos? _____

Manifestou ou manifesta ciúme dos irmãos? _____

Considerações _____

5. Nascimento

Nasceu de parto normal? _____

Considerações: _____

6. Sono

Dorme bem? _____

Considerações: _____

7. Alimentação

Come bem? _____ Faz algum regime alimentar? _____

Tem restrições? _____

Considerações: _____

8. Desenvolvimento

Andou com que idade? _____ Falou as primeiras palavras com que idade? _____

Fala corretamente? _____ Troca letras? _____ Quais? _____

Gagueja? _____ Em que situações? _____

Usa mais a mão esquerda ou direita? _____

Ou usa as duas mãos comumente? _____

Deixou de usar fraldas com que idade? _____ Apresenta enurese (incontinência involuntária)? _____

Usa ou usou chupeta até qual idade? _____ Chupa dedo? _____

Rói unhas? _____

9. Sexualidade

Apresentou ou apresenta curiosidade em torno do assunto? _____

Qual atitude tomada pelos pais ou responsáveis? _____

10. Sociabilidade

Como se relaciona com adultos e crianças? _____

Atividades realizadas diariamente: _____

Tem companheiros de brincadeira? _____

Prefere brincar com amigos ou sozinho? _____

Tem dificuldades de relacionamento? _____

Adapta-se com facilidade a outros ambientes? _____

Quais as brincadeiras e jogos de sua preferência? _____

Sabe nadar? _____ Pratica Natação? _____

Pratica Esporte? _____ Qual (is)? _____

Além de estar matriculado em nossa escola, frequenta outros cursos? Qual (is)?

Onde? _____

Possui computador em casa? _____ Usa Internet? _____ Quais páginas? _____

Quais são os pontos de divergência mais frequentes entre os pais e a criança, em casa? _____

11. Avaliação Médica

Já foi submetida a alguma avaliação?

() Otorrinolaringológica () Oftalmológica () Fonoaudiológica

() Ortopédica () Neurológica () Psicológica () Psicomotora

No caso de já ter feito ou estar fazendo tratamento, informar o nome e o telefone do(s) profissional(is): _____

Possui algum(ns) dos problemas abaixo? Se sim, favor especificar no campo Observações.

() alérgico () cardíaco () ortopédico () respiratório () digestivo

() circulatório () oftalmológico () neurológico () fonoaudiológico () psicológico

Obs.: _____

12. Doenças Infantil (contraídas)

() catapora () caxumba () escarlatina () rubéola () sarampo

Sofre de alguma doença crônica que exija acompanhamento médico?

Qual(is)? _____

Faz algum tratamento de saúde? _____ Qual? _____

Fez alguma cirurgia? _____ Qual (is)? _____

Sofreu fratura(s)? _____

Está tomando medicamento(s)? _____ Qual (is) e Para que? _____

A escola está autorizada a dar remédio nos seguintes casos:

Febre () Sim () Não

Remédio? _____ Dosagem? _____

Outros: _____

Dor de barriga () Sim () Não

Remédio? _____ Dosagem? _____

Outros: _____

Dor de cabeça () Sim () Não

Remédio? _____ Dosagem? _____

Outros: _____

13. Emergência

Tipo sanguíneo: _____ Fator: _____

Altura: _____ Peso: _____

Possui convênio Médico: _____ Qual? _____

Número de matrícula do convênio: _____

Titular: _____

Possui médico de família? _____ Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Hospital de preferência: _____

Telefone: _____ Ramal: _____

Nome do dentista: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Recomendações e Observações:

Nota: Solicitamos que a ficha seja preenchida e entregue o mais rápido possível. Caso haja alguma alteração durante o ano, deverá ser informado imediatamente.

Taboão da Serra, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Responsável