



**FICHA MÉDICA E SOCIAL / 2010**  
**Educação Infantil e Fundamental I**

**SOA - Serviço de Orientação e Atendimento**

**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, frequênta outros cursos? Qual (is)?

\_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_

Possui computador em casa? \_\_\_\_\_ Usa Internet? \_\_\_\_\_ Quais páginas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais são os pontos de divergência mais freqüentes 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(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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