



Todos os dados contidos nesta ficha são confidenciais. Somente a Direção e os Educadores responsáveis pelo estudante têm acesso aos mesmos. O objetivo desta ficha detalhada é conhecer o aluno(a) para recebê-lo(a) da melhor maneira possível. Preencha com carinho e atenção.

1. Doenças que já teve:	Catapora (<input type="checkbox"/>) Meningite (<input type="checkbox"/>) Hepatite (<input type="checkbox"/>) Dengue (<input type="checkbox"/>) Pneumonia (<input type="checkbox"/>) Outras
	ALERGIAS: na pele (<input type="checkbox"/>) alimentar (<input type="checkbox"/>) bronquite (<input type="checkbox"/>) rinite (<input type="checkbox"/>) (<input type="checkbox"/>) Outras
2. Tem alergia ou intolerância a algum medicamento/alimento?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Qual?
3. Toma alguma medicação de forma continuada e/ou controlada?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Qual? _____ Motivo?
4. Tem alguma doença crônica (diabete, asma...)?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Qual?
5. Tem alguma dificuldade de:	Enxergar (<input type="checkbox"/>) Falar (<input type="checkbox"/>) Ouvir (<input type="checkbox"/>) Andar (<input type="checkbox"/>) Movimentar braços e pernas Outra (<input type="checkbox"/>) Qual?
6. Teve atraso no desenvolvimento	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Qual?
7. Faz ou alguma vez fez acompanhamento desse problema?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Em caso de resposta positiva, preencher com o NOME, ESPECIALIZAÇÃO E CONTATO do profissional no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
8. É portador de alguma deficiência física ou mental?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Qual? _____ Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
9. Possui alguma necessidade educativa especial?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Qual? _____ Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
10. Tem ou alguma vez teve qualquer acompanhamento profissional especializado além do pediatra (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo...)?	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
OUTRAS OBSERVAÇÕES (usar o verso se necessário)	

Nome e assinatura do responsável pelas informações:
