

EMEIFTI LEOCÁDIO SAMPAIO RODRIGUES

FICHA DE ANAMNESE ESCOLAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Ano/Turma: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

2. DADOS FAMILIARES

Nome da Mãe/Responsável: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Nome do Pai/Responsável: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Com quem a criança mora?

() Pai e mãe

() Apenas mãe

() Apenas pai

() Avós

() Outros: _____

Número de pessoas na residência: _____

3. HISTÓRICO GESTACIONAL E NASCIMENTO

A gestação ocorreu sem intercorrências?

Sim

Não

Quais? _____

Nascimento:

Normal

Cesárea

Prematuro

A termo

Houve complicações no parto?

4. DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Com que idade a criança:

Sentou: _____

Engatinhou: _____

Andou: _____

Falou as primeiras palavras: _____

Apresentou algum atraso no desenvolvimento?

Sim

Não

Qual? _____

5. HISTÓRICO DE SAÚDE

Possui alguma deficiência?

Sim

Não

Qual? _____

Possui diagnóstico médico?

Sim

Não

Qual? _____

Faz uso de medicamentos?

Sim

Não

Quais? _____

Possui alergias?

Sim

Não

Quais? _____

Realiza acompanhamento com profissionais?

Psicólogo

Psicopedagogo

Fonoaudiólogo

Terapeuta Ocupacional

Neurologista

Outro: _____

6. HISTÓRICO ESCOLAR

Frequentou creche?

Sim

Não

Frequentou outra escola?

Sim

Não

Qual? _____

Já repetiu algum ano?

Sim

Não

Qual? _____

Apresenta dificuldades na escola?

Sim

Não

Quais? _____

7. COMPORTAMENTO E SOCIALIZAÇÃO

A criança:

Relaciona-se bem com outras crianças.

É tímida.

É comunicativa.

Apresenta dificuldade para seguir regras.

Demonstra agressividade.

É independente.

Precisa de ajuda frequente.

Observações:

8. HÁBITOS E ROTINA

Possui horário regular para dormir?

Sim

Não

Quantas horas dorme por noite? _____

Alimenta-se adequadamente?

Sim

Não

Possui autonomia para:

Atividade	Sim	Não
Alimentar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizar materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA

Quais são as expectativas da família em relação à escola?

10. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Responsável pelas informações: _____

Parentesco: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável: _____

Professor(a)/Entrevistador(a): _____

Assinatura: _____