

FICHA DE MATRÍCULA

Série _____ Ano _____

DADOS PESSOAIS

Nome da criança: _____

Como é chamada em casa: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Possuidor de nome social: _____

Naturalidade (Cid. Est.): _____ Tem irmãos: _____ Idades: _____

Endereço da criança: _____

Telefone: () _____

TELEFONES ALTERNATIVOS

Avós: _____ Fone: () _____

Vizinhos: _____ Fone: () _____

Outros: _____ Fone: () _____

FAMÍLIA

Filiação 1: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade (Cid. Est.): _____

RG: _____ SSP/ _____ CPF: _____

Caso não seja brasileiro ou alagoano, há quanto tempo reside no Brasil ou em Alagoas? _____

Grau de instrução: _____ Profissão: _____

Endereço profissional: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Filiação 2: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade (Cid. Est.): _____

RG: _____ SSP/ _____ CPF: _____

Caso não seja brasileiro ou alagoano, há quanto tempo reside no Brasil ou em Alagoas? _____

Grau de instrução: _____ Profissão: _____

Endereço profissional: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Email: _____

SAÚDE

Que doenças já teve até o momento? Cirurgias? _____

Tem algum problema de visão? _____

Tem propensão a ter convulsões? _____

Tem alergia a medicamentos? Quais? _____

O que usa em caso de febre?

() Novalgina (solução oral) () Novalgina (gotas)

() Tylenol (solução oral) () Tylenol (gotas)

() Alivium

Aonde deve ser levado em caso de urgência? _____

ALIMENTAÇÃO

A criança se alimenta () Bem () Regular () Mal
 Ainda mama? () Sim () Não
 O desmame foi tranquilo para a criança? () Sim () Não E para a mãe? () Sim () Não
 Tem autonomia para comer? () Sim () Não
 Come vendo TV ou outras telas? () Sim () Não
 Tem seletividade alimentar? () Sim () Não
 Tem alergias ou restrições a algum alimento? Quais?

Caso a criança tenha alguma demanda diferenciada em relação à alimentação (constipação, alergia alimentar, etc.), favor agendar contato com a nutricionista no início do ano letivo.

HABITAÇÃO E VIDA SOCIAL

Tem quarto próprio? () Sim () Não
 Em caso negativo, compartilha com quem? _____
 Além dos pais e irmãos, alguém mais mora com a criança (parente, amigos ou funcionários)?
 Nome: _____ Idade aproximada: _____ Parentesco: _____
 Nome: _____ Idade aproximada: _____ Parentesco: _____
 Nome: _____ Idade aproximada: _____ Parentesco: _____
 Com quem mora a criança? _____
 Situação atual dos pais do(a) aluno(a): () Casados () Divorciados () Outros:
 A criança é ligada especialmente a algum parente? Qual? _____
 A criança tem contato com outras crianças? () Sim () Não () Eventualmente
 A criança tem companheiros para brincar? () Sim () Não () Eventualmente
 Os pais têm costume de brincar com a criança? () Sim () Não
 Com quem mais gosta de brincar? () Mãe () Pai () Outros
 Prefere brincar dentro ou fora de casa? _____
 Qual a diversão favorita da criança? _____
 Prefere companhia de crianças: () Menores () Mesma idade () Maiores
 Tema, lazer ou brincadeiras que interessam a criança: _____

 Brinca com os irmãos? _____ É de gênio dominador? _____
 Há conflito na partilha de brinquedos? _____

ASPECTOS SOCIOAFETIVOS E OUTROS

Está matriculado em algum grupo especial (artes, clubes, etc.)? _____
 Já frequentou creches ou outras escolas? () Sim () Não
 Como foi a adaptação? _____
 Mãe e pai estão de acordo com a entrada da criança na escola? () Sim () Não
 De quem foi a decisão de colocar a criança na escola? _____
 () Mãe () Pai () Indicação médica ou de outros profissionais
 Ouve estórias com frequência? _____ Vê programas de TV? _____
 Quais? _____
 Como a criança se relaciona com os adultos? _____
 Quando contrariada, como reage? _____
 Como manifesta suas afeições? _____
 Gosta de animais? _____ Tem algum? _____

A criança está fazendo algum tratamento de saúde ou acompanhamento multiprofissional?

PROFISSIONAL	NOME	INÍCIO DO TRATAMENTO	CONTATO
Psicólogo			
Fonoaudiólogo			
Neurologista			
Psiquiatra			
Neuropsicológico			
Psicopedagogo			
Fisioterapia			
Terapeuta ocupacional			
Pediatra			
Outros			

Faz atividades extraescolares? Quais? () Esportes () Outros: _____

Usa chupeta: () Sim () Não Usa mamadeira? () Sim () Não

Dorme em horário regular? () Sim () Não

Condições de sono: () Sonâmbulo () Tranquilo () Agitado () Terror noturno

Adapta-se facilmente às novas situações? () Sim () Não

A criança tem algum objeto de apego (ex; naninha, paninho, ursinho, etc.)? () Sim () Não

Qual? _____

LINGUAGEM

Já pronuncia algumas palavras ou frases? () Sim () Não

Com que idade começou a falar? _____

Fala de forma que todos entendam? () Sim () Não

ESTIMULAÇÃO

A criança tem acesso a:

() Brinquedos pedagógicos () Jogos educativos

() Livros () Brinquedos eletrônicos

EVOLUÇÃO PSICOMOTORA

Engatinhou? () Sim () Não

Com que idade andou? _____

Cai muito? () Sim () Não

Apresenta alguma dificuldade de locomoção e/ou coordenação? () Sim () Não

Qual(is)? _____

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS VIVENCIADAS PELA CRIANÇA

() Nascimento de irmãos () Mudança de estado/país

() Outras: _____

Como foi a reação da criança? _____

Qual era a idade dela? _____

O que espera da escola? Seus objetivos ligando escola-criança:

Observações:

Maceió, _____ de _____ de _____.

Pai, Mãe ou Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. O solicitante, ao informar os dados pessoais acima, inclusive os dados sensíveis, **concorda com o tratamento dos dados informados para fins exclusivamente de cadastro e acompanhamento escolar do aluno beneficiário, sempre visando o seu melhor bem-estar**, o qual somente será tratado na medida do necessário para atingir a sua finalidade.
2. O tratamento de dados será realizado em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18), em especial os princípios da finalidade, adequação, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação no tratamento dos dados.
3. Todos os dados e informações serão tratados como confidenciais, e somente serão utilizados para os fins descritos e autorizados.
4. O titular tem o direito de, a qualquer momento, por meio do modo de contato estipulado, requisitar à Escola Espaço Educar qualquer das informações contidas no artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18).

Maceió, _____ de _____ de _____.

Pai, Mãe ou Responsável



Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____

Faz uso de algum medicamento? Qual?

A criança apresenta alguma(s) das patologias abaixo descritas? Assinale qual(ais)

Diabetes Mellitus: Tipo I () Tipo II ()

Alteração da pressão arterial () _____

Convulsão () _____

Tonturas ou desmaios () _____

Problema cardíaco () Qual? _____

Problema respiratório () Qual? _____

Distúrbio Hormonal () Qual? _____

Alterações dermatológicas () Qual? _____

Cirurgias: Realizou () Irá realizar () Qual? _____

Problema ósseo e/ou articular (): _____

Alergia(s): Respiratória() Dermatológica() Alimentar() Medicamentosa()

Outros: _____

Caso você tenha alguma informação para acrescentar, ou queira detalhar as descritas acima, favor registrar neste espaço:

Atesto para os devidos fins que a criança acima identificada está apta para a prática de atividades físicas (educação física e esportes).

_____/_____/_____
Médico / CRM

OBS.: Esta ficha deve ser entregue no ato da matrícula.



FORMULÁRIO DE RESTRIÇÃO ALIMENTAR

Es pa ço
EDUCAR

Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional médico ou nutricionista, caso a criança tenha diagnóstico ou prescrição médica indicando a necessidade de mudança alimentar.

Nome:		Data de Nasc.:	
Turma:		Turno:	

1. Possui algum tipo de alergia ou intolerância alimentar? Qual(is)?

2. O quadro alérgico manifesta-se a partir de contato com:

() Pele () Ingestão () Cheiro

3. Observações

Maceió, ____/____/____

Assinatura do(a) médico(a) - CRM/
Assinatura do(a) nutricionista - CRN

Caso necessário, será agendado uma entrevista com a nutricionista e os pais ou responsáveis.