

## SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL

### RENOVAÇÃO - FICHA INDIVIDUAL

Nome do Aluno(a): \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_ do (a) ( ) Edu. Infantil ( ) E. Fundamental ( ) E. Médio Turno: \_\_\_\_\_

1. Declarar os nomes e a idade das pessoas que moram em sua casa: \_\_\_\_\_

2. Seu lar: ( ) casa ( ) apartamento ( ) números de quartos

3. Espaço para lazer: ( ) muito ( ) pouco ( ) nenhum

Características de saúde de seu filho(a): \_\_\_\_\_

6. Que horas deita? \_\_\_\_\_ Que horas levanta? \_\_\_\_\_

7. Quais os brinquedos ou lazer preferidos? \_\_\_\_\_

8. Quais os métodos usados para melhorar o comportamento do seu filho (a)? \_\_\_\_\_

#### DADOS MÉDICOS

Tem plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tipo Sangüíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

#### MEDICAMENTOS

Dor de cabeça: \_\_\_\_\_ Para vômito: \_\_\_\_\_

Para dor de dente: \_\_\_\_\_ Para diarreia: \_\_\_\_\_

Para febre: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

#### DOENÇAS

Problemas de visão:

Diabete:

Problemas respiratórios:

Problemas de audição:

Cardíaco:

Asma:

Hipertensão:

Problema nervoso:

Epilepsia:

Outros:

#### ACIDENTE/EMERGÊNCIA

Em caso de acidente avisar a: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Tel do trabalho: \_\_\_\_\_

Caso de emergência levar a : \_\_\_\_\_

Plano médico: \_\_\_\_\_

## ESTUDOS

→ Seu filho tem horário de estudo? ( ) Sim ( ) Não

→ Em que local seu filho estuda?

\_\_\_\_\_

→ Você lê para seu filho? ( Educação Infantil)

( ) Sim ( ) Não

→ Seu filho lê livros, revistas, jornais?

→ ( ) Sim ( ) Não

→ Tem horário para ver TV? ( ) Sim ( ) Não

→ Quais os programas preferidos: \_\_\_\_\_

→ Você sabe exatamente onde e com quem seu filho anda? ( ) Sim ( ) Não

→ Seu filho tem horário definido para entrar em casa à noite? ( ) Sim ( ) Não

## EVOLUÇÃO DA PERSONALIDADE

Descreva a saúde do seu filho (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descreva o comportamento do seu filho (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descreva o aproveitamento e o hábito de estudo do seu filho (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantas horas ele (a) estuda em casa por dia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Responsável pelo aluno

\_\_\_\_\_

Escola