

SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EDUCACIONAL

FICHA INDIVIDUAL – ALUNO NOVO

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:

MÉDICO

Nome: _____

Telefones: _____ Telefone da clínica: _____

Observações médicas: _____

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