

# PROCESSO DE ADMISSÃO

## FICHA DO RESPONSÁVEL

### EDUCAÇÃO INFANTIL AO ENSINO MÉDIO

ANO/ SÉRIE PRETENDIDA: _____	BILÍNGUE <input type="checkbox"/> OU MATUTINO <input type="checkbox"/> OU VESPERTINO <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES FAMILIARES

Nome do responsável 1: \_\_\_\_\_

Tel. para contato: \_\_\_\_\_

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

Nome do responsável 2: \_\_\_\_\_

Tel. para contato: \_\_\_\_\_

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

Situação dos pais:  Solteiros  Casados  Separados  Divorciados  Outra: \_\_\_\_\_

No caso de pais separados ou divorciados, quem tem a guarda da criança/do adolescente?  
\_\_\_\_\_

Quantos irmãos o estudante tem? \_\_\_\_\_ Que lugar ocupa entre eles: (1º, 2º, Caçula) \_\_\_\_\_

No caso do(a) candidato(a) não residir com os pais, com quem reside? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Tel. para contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### PARTICULARIDADES:

##### Para Grupo 01

1. A criança anda sozinha sem apoio?

Sim  Não

2. A criança ingere alimentos sólidos?

Sim  Não

#### Assinale abaixo o que se aplica em relação às particularidades da criança/do adolescente:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitado.                   | <input type="checkbox"/> Tímido.                                       | <input type="checkbox"/> Interesse pela leitura. |
| <input type="checkbox"/> Medo excessivo.            | <input type="checkbox"/> Chora com facilidade.                         | <input type="checkbox"/> Irrita-se facilmente.   |
| <input type="checkbox"/> Agressivo.                 | <input type="checkbox"/> Indeciso.                                     | <input type="checkbox"/> Autônomo.               |
| <input type="checkbox"/> Grupo de amigos.           | <input type="checkbox"/> Usa computador ( <i>tablet / smartphone</i> ) | <input type="checkbox"/> Observador.             |
| <input type="checkbox"/> Conta novidades da escola. | excessivamente.  | <input type="checkbox"/> Tem iniciativa.         |
| <input type="checkbox"/> Alegre.                    |  |  |

Frequenta algum curso extraescolar?  Não  Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

O estudante tem algum interesse especial nas áreas abaixo? Qual(is)?

Acadêmica: \_\_\_\_\_ Música: \_\_\_\_\_ Esporte: \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA ACADÊMICA/ESCOLAR

Últimas escolas frequentadas:

NOME DA ESCOLA	PERÍODO	SÉRIE(S)	CIDADE

Não se aplica.

**Estuda:**  Sozinho(a)  Sob orientação de: \_\_\_\_\_

**Trabalha melhor:**  Individualmente  Em grupo

**Tem dificuldade em alguma disciplina (ou área de estudo)?**  Não se aplica  Não  Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Já fez Recuperação em algum ano letivo?**  Não se aplica  Não  Sim

Qual(is) série(s)? \_\_\_\_\_ Disciplina(s): \_\_\_\_\_

**Já repetiu alguma série escolar?**  Não se aplica  Não  Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

A que atribui esse fato? \_\_\_\_\_

**Outras considerações** (questões importantes sobre o(a) estudante e/ou família para conhecimento da escola):

## ATENDIMENTO DIFERENCIADO

**O estudante já fez algum atendimento com profissional da área da Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia, Neurologia ou Neuropsicologia?**  Não  Sim

Para suporte pedagógico.

Para avaliação ou acompanhamento especializado.

**Caso sim, favor especificar:**

**Profissional/Especialista 1:** \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Período do acompanhamento: \_\_\_\_\_

**Profissional/Especialista 2:** \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Período do acompanhamento: \_\_\_\_\_

**Permanece em acompanhamento com profissional regularmente?**  Não se aplica

Não  Sim Se sim, escreva o(s) nome(s) do(s) profissional(is): \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Em relação à atenção, durante a realização das tarefas, o(a) estudante:  Não se aplica

Mantém

Mantém por pouco tempo

Não mantém

Em relação à linguagem:

Ainda não se expressa oralmente.

Comunica-se com clareza, sendo entendido pelo outro.

Expressa seus desejos e ideias, mas não é compreendido pelo outro.

Compreende o que é dito, mas tem dificuldade para se expressar.

Apresentou dificuldade no processo de alfabetização?

Não  Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_  Não se aplica

Ele(a) apresenta troca de fonemas na fala ou letras na escrita?

Não  Sim Qual(is)? Circule: D/T, V/F, P/B, Outra(s): \_\_\_\_\_

O(A) aluno(a) apresenta alguma Necessidade Educativa Especial?

Não  Sim (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_

Se sim, quando foi diagnosticada (ou quando foi levantada a hipótese diagnóstica)?

Há relatórios de avaliação e/ou acompanhamento profissional?  Não se aplica

Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

O(A) aluno(a) faz uso de medicação(ões)?

Não  Sim Para quê? \_\_\_\_\_

Registre como é o comportamento do(a) estudante com: (pode marcar mais de uma opção)

PAIS:

COLEGAS:

PROFESSOR(ES):

Atende aos comandos.

Relaciona-se bem com os pares.

Atende aos comandos.

Compreende o que é solicitado.

Não interage ou brinca com eles.

Desenvolve uma relação afetiva.

Depende deles para socializar.

Sente-se enturmado.

Segue regras estabelecidas.

O estudante possuía algum atendimento educacional especializado na(s) escola(s) anterior(es)?  Não se aplica

Não  Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

Você acredita que a escola precisa prestar um atendimento diferenciado/específico para a criança/adolescente?

Não  Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

Há alguma outra informação a ser compartilhada com a escola para melhor condução do trabalho pedagógico?

Não  Sim (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

**N.B.** Qualquer comprovação de inveracidade de informações poderá acarretar o cancelamento da inscrição ou da matrícula do(a) estudante.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Do pai.

Da mãe.

Do responsável.