

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: _____

Grau de parentesco: _____

Nome do responsável 2: _____

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