



Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Horário de Permanência: \_\_\_\_\_ Refeições: \_\_\_\_\_

Filiação:

Nome: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

DADOS RESTRITOS À DIREÇÃO, EQUIPE TÉCNICA E EDUCADORAS DA CRIANÇA.

#### ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Gravidez:

- ☐ Normal ☐ Desejada ☐ Planejada ☐ Com acidentes  
☐ Com doenças ☐ Com conflitos ☐ Outros \_\_\_\_\_

Parto:

- ☐ Normal ☐ Cesáreo ☐ Fórceps

Observações: \_\_\_\_\_

Situação da criança ao nascer:

- ☐ Normal ☐ Icterícia ☐ Anoxia ☐ Outros

Observações: \_\_\_\_\_

Situação na constelação familiar:

- ☐ 1° filho ☐ 2° filho ☐ 3° filho ☐ 4° filho ☐ \_\_\_\_\_

N° de filhos:

\_\_\_\_\_

Nascimento recente de irmão?

- ☐ Sim ☐ Não

Perda recente de parente próximo?

- ☐ Sim ☐ Não

Alguma mudança recente na vida da criança?

- ☐ Sim  
☐ Não

Qual? \_\_\_\_\_

Situação Conjugal:

- ☐ Casados ☐ Divorciados  
☐ Separados ☐ \_\_\_\_\_

Tempo disponível para a criança:

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Com quem vive a criança?

- ☐ Com os pais ☐ Só com o pai  
☐ Só com a mãe ☐ Guarda compartilhada  
☐ Outros \_\_\_\_\_

Alguém mais mora com a família?

- ☐ Sim ☐ Não

Quem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Demonstra atitudes agressivas?**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Quando? \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

Postura dos Pais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aceitação de limites:**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Obs: \_\_\_\_\_

**Os responsáveis adotam a mesma forma de educar?**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Qual? \_\_\_\_\_

**Reação a contrariedades:**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Como? \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Facilidade em dar e receber:**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Obs: \_\_\_\_\_

**Que tipo de reação geralmente apresenta diante de pessoas e locais novos?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Chora sem motivo aparente?**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Quando? \_\_\_\_\_

**Vivência de alguma situação traumática?**

☐ Sim ☐ Não

Qual? \_\_\_\_\_

**Algum tique, manipulação ou comportamento que requer um maior acompanhamento?**

☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_

☐ Não Em que situação? \_\_\_\_\_

**Usa Chupeta?**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Quando? \_\_\_\_\_

**Chupa o dedo?**

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Quando? \_\_\_\_\_

**Conversa e participa dos programas de família?**

☐ Sim ☐ Não

Quais? \_\_\_\_\_

**Com quem brinca atualmente?**

\_\_\_\_\_

Idade destes? \_\_\_\_\_

**Comportamento no grupo:** \_\_\_\_\_

**Brincadeiras preferidas:** \_\_\_\_\_

**Outros interesses:** \_\_\_\_\_

SEXUALIDADE

Curiosidade sexual?

☐ Sim

☐ Não

Masturbação?

☐ Sim

☐ Não

Observações:

SAÚDE

Refluxo?

☐ Sim

☐ Não

Funções Fisiológicas

☐ Normais

☐ Prisão de Ventre

☐ Diarréia

Doenças que já teve:

☐ Gripes

☐ Rubéola

☐ Resfriados

☐ Catapora

☐ Hepatite

☐ Caxumba

☐ Pneumonia

Outras doenças:

Hospitalização?

☐ Sim

☐ Não

Idade:

Causa:

Já teve convulsão?

☐ Sim

☐ Não

☐ Com febre

☐ Sem febre

Idade:

Nº de vezes:

Tipo:

Motivo:

Comprometimento neurológico?

☐ Sim

☐ Não

Qual?

Distúrbio Visual:

☐ Sim

☐ Não

Qual?

Distúrbio Auditivo:

☐ Sim

☐ Não

Qual?

Alterações Genéticas?

Quais?

Usa prótese auditiva?

☐ Sim

☐ Não

Qual?

Peso atual:

Altura atual:

Utiliza algum medicamento? Qual? Motivo?

É acompanhado por algum especialista?

Motivo?

Telefones dos especialistas:

Observações:

## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

### Idade em que:

Sustentou a cabeça: \_\_\_\_\_ Sentou: \_\_\_\_\_ Engatinhou: \_\_\_\_\_

Andou: \_\_\_\_\_ Controlou a urina e as fezes: \_\_\_\_\_

### Idade de aparecimento do sorriso social:

\_\_\_\_\_

### Dificuldade ao reagir diante de:

☐ Som

☐ Cores

☐ Animais

☐ Outros: \_\_\_\_\_

☐ Formas

☐ Toque

☐ Local escuro

☐ Pessoas fantasiadas

\_\_\_\_\_

## LINGUAGEM

### Quando pronunciou as primeiras palavras?

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses Quais? \_\_\_\_\_

☐ Fala fluentemente

☐ Balbucia

☐ Fala pouco

☐ Gagueja

☐ Não fala

☐ Outras dificuldades: \_\_\_\_\_

## HÁBITOS ORAIS E CORPORAIS

☐ Roer unhas

☐ Apoio da mandíbula com as mãos

☐ Sugar língua

☐ Ranger os dentes

☐ Interposição dos lábios

## SONO

### Como é o sono?

☐ Calmo

☐ Fala dormindo

☐ Agitado

☐ Pesadelos

☐ \_\_\_\_\_

### Dorme durante o dia?

☐ Sim

☐ Não

Horário? \_\_\_\_\_

### Dorme em quarto separado dos pais?

☐ Sim

☐ Não

Observações: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO

### Foi amamentado?

☐ Sim

☐ Não

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

### Alimenta-se bem?

☐ Sim

☐ Não

☐ Às vezes

### Engasga-se com facilidade?

☐ Sim

☐ Não

### Recebe ajuda para se alimentar?

☐ Sim

☐ Não

### Mastiga?

☐ Sim

☐ Não

### Quando ingere:

☐ Sólido

☐ Líquido

**Usa mamadeira?**

☐ Sim ☐ Não

Horário: \_\_\_\_\_

**Segue alguma dieta especial?**

☐ Sim ☐ Não

Qual? \_\_\_\_\_

**Tipo de Leite:**

☐ Ninho Integral ☐ Ninho + 1 ☐ Soja \_\_\_\_\_ ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Tipo de alimentação em casa:**

☐ Líquida ☐ Pastosa ☐ Normal ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

**HÁBITOS DE HIGIENE****Banho:**

☐ Aceita ☐ Não aceita ☐ Com ajuda ☐ Sem ajuda

**Observações:** \_\_\_\_\_

**Asseio:**

☐ Aceita ☐ Não aceita ☐ Com ajuda ☐ Sem ajuda

**Observações:** \_\_\_\_\_

**Escovação de dentes:**

☐ Aceita ☐ Não aceita ☐ Com ajuda ☐ Sem ajuda

**Observações:** \_\_\_\_\_

**Troca de roupas:**

☐ Aceita ☐ Não aceita ☐ Com ajuda ☐ Sem ajuda

**Observações:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDADE****Já frequentou escola ou creche?**

☐ Sim ☐ Não

**Qual?** \_\_\_\_\_

**Série?** \_\_\_\_\_

**Como foi a adaptação?**

☐ Muito bem ☐ Bem ☐ Regular ☐ Difícil

**Como se caracterizou a relação educadora e criança?** \_\_\_\_\_

**Como se caracterizou o acompanhamento das séries cursadas?** \_\_\_\_\_

**Motivo da mudança da escola?** \_\_\_\_\_

**Referências sobre a Casa de Criança:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Expectativas quanto ao trabalho a ser desenvolvido por esta escola.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Outras informações de interesse dos pais:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comprometo-me a acompanhar o desenvolvimento de meu(inha) filho(a), comparecendo às reuniões de pais e educadores ou quando solicitada a minha presença na escola.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável