



ESPAÇO INFANTIL IMAGINAR

Ficha de Informação da Criança

Nome: _____ Apelido: _____

Data de Aniversário: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino

Turma: _____ Horário: _____

Dados da Mãe

Nome: _____

RG.: _____ CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____

Endereço Res.: _____ Bairro _____

Tel Res.: _____ Celular: _____ Empresa: _____

Função: _____ End. Cml.: _____

Tel Cml: _____ Email: _____

Estado Civil: _____ Responsável Financeiro () sim () não

Dados do Pai

Nome: _____

RG.: _____ CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____

Endereço Res.: _____ Bairro _____

Tel Res.: _____ Celular: _____ Empresa: _____

Função: _____ End. Cml.: _____

Tel Cml: _____ Email: _____

Estado Civil: _____ Responsável Financeiro () sim () não

Qual o idioma falado em casa com a criança? _____

Escolha da Escola

Por que escolheram a Creche Escola Imaginar?

A Família

A criança mora com _____

Tem animal de estimação: () Sim () Não Qual? _____

Religião: _____

Os pais são: () Casados () Separados - Se separados:

Existe nova união do pai? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Existe nova união da mãe? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Relação entre os pais após a separação: () Normal () Difícil () Inexistente

Se os pais trabalham, com quem a criança fica quando não está na creche ou pré-escola?

_____ tel.: _____

Alguém mais interfere na educação da criança? () Sim () Não Quem? _____

A criança tem irmãos? () Sim () Não

Nome: _____ Idade: _____ Escola: _____

Nome: _____ Idade: _____ Escola: _____

Nome: _____ Idade: _____ Escola: _____

Características Comportamentais

Brinca bem sozinha? () Sim () Não

Brinca bem em grupo? () Sim () Não

Quanto tempo diário é reservado para brincadeiras? _____

Sai com outras crianças? () Sim () Não

Ouve/Lê histórias? () Sim () Não

Assiste televisão? () Sim () Não - Quanto tempo diário? _____

Joga Vídeo Game? () Sim () Não - Quanto tempo Diário? _____

Marque as características que descrevem melhor a criança:

() Feliz () Quieta () Carinhosa () Agressiva () Impaciente
() Dorminhoca () Preguiçosa () Amiga () Atenta () Ansiosa
() Autoritária () Tímida () Agitada () Insegura () Bem Humorada
() Dependente () Medrosa () Falante () Teimosa () Intuitiva
() Alegre () Autônoma () Impulsiva () Sensível () Observadora

Qual a reação da criança quando é deixada sob cuidados de outra pessoa que não seja da família?

Como a criança se comporta quando solicitada a se juntar a um grupo novo, como numa festa de aniversário?

Seu(ua) filho(a) já foi hospitalizado(a)? () Sim () Não

Se já, com que idade? Por que razão? Por quanto tempo?

Peso atual: _____ Altura atual: _____

As vacinas estão em dia? () Sim () Não - Qual ainda não tomou? _____

É portador de necessidade especial? () Sim () Não - Qual? _____

Tem algum problema de saúde () Sim () Não - Qual? _____

Tem doença congênita? () Sim () Não - Qual? _____

Toma algum medicamento? () Sim () Não - Qual? _____ Dosagem: _____

É alérgico a algum medicamento? () Sim () Não - Qual? _____

Sofreu alguma cirurgia? () Sim () Não - Qual? _____

Já teve alguma fratura? Sim Não - Qual? _____

Já teve convulsões? Sim Não - Por quê? _____

Tem hipertensão? Sim Não Se sim, está em tratamento? _____

Tem asma? () Sim () Não

Tem bronquite? () Sim () Não

É epilético (a)? () Sim () Não

É hemolítico (a)? () Sim () Não

É diabético (a)? () Sim () Não Se sim, depende de insulina? _____

É alérgico (a)? () Sim () Não Q

Que tipo de alergia e quais as manifestações da mesma?

Tem restrição a alguma atividade física? () Sim () Não - Qual?

Doenças que já teve:

Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais e responsáveis pelo aluno, qual medicamento/dose ser ministrado (se autorizado a medicação)?

Em caso de urgência, contatar:

Nome: _____ **Tel:** _____

Cel①: _____ **Cel**②: _____

Nome: _____ **Tel:** _____

Cel: ① _____ **Cel**②: _____

Nome: _____ **Tel:** _____

Cel: ① _____ **Cel**②: _____

Possui convênio médico? () Sim () Não

Plano: _____ **Nº Cart.:** _____

Proibições Alimentares:

Alergia a alimentos:

Seu (ua) filho (a) possui alguma intolerância alimentar? Caso positivo, por gentileza, descreva a intolerância e cite os alimentos que estão incluídos na lista de proibições.

OBSERVAÇÕES:

CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 6 MESES SEGUIRÃO DIETA RECOMENDADA POR PEDIATRA DA FAMÍLIA.

Estou ciente de que as informações contidas nesta ficha são muito importantes para que a escola possa tomar as providências necessárias em caso de acidente ou doença. Comprometo-me a informar a escola caso haja qualquer mudança, mantendo-a sempre informada sobre a situação de saúde do meu filho. Juntamente com esta ficha deverá ser anexada uma cópia da carteirinha do convênio médico ou cartão do SUS.

Pessoas Autorizadas a Retirar a Criança da Escola

Nome: _____ Tel Res.: _____ Celular: _____

Grau de parentesco: _____ RG.: _____

Nome: _____ Tel Res.: _____ Celular: _____

Grau de parentesco: _____ RG.: _____

Nome: _____ Tel Res.: _____ Celular: _____

Grau de parentesco: _____ RG.: _____

Transporte Escolar:

Nome do Responsável: _____ Celular: _____

Número do Registro: _____ Placa: _____

Assinatura do pai ou responsável: _____

Assinatura da mãe ou responsável: _____

Muito obrigada por sua colaboração.

Com estes dados, tomaremos as devidas precauções ao lidar com seu(ua) filho(a).

A Direção!