

## FICHA DE ANAMNESE

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome do aluno: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS FAMILIARES

3.1 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 3.2 Nome do pai: \_\_\_\_\_  
 3.3 Responsável legal pelo aluno: \_\_\_\_\_  
 3.4 Pais: ( ) Casados ( ) Separados ( ) Separados com nova estrutura familiar  
 3.5 Em caso de separação, a criança/adolescente vive com quem? \_\_\_\_\_  
 3.6 Irmãos: Têm irmãos? ( ) Sim ( ) Não. Número de irmãos: \_\_\_\_\_  
 3.7 Quem costuma trazê-lo e buscá-lo na escola? \_\_\_\_\_  
 3.8 A quem recorrer caso haja necessidade da presença do responsável? \_\_\_\_\_

Pessoas autorizadas a buscar o aluno na escola:

1. \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

### Contatos de emergência:

Nome	Telefone	Grau de parentesco

### 4. SAÚDE:

4.1 Apresenta alguma dificuldade na fala: ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_  
 4.2 Foi notada alguma dificuldade na aprendizagem? ( ) Sim ( ) Não. Caso tenha sido notada, o aluno foi avaliado por algum profissional? ( ) Sim ( ) Não. **Se sim, anexar laudo.**  
 4.3 Apresenta alguma dificuldade de locomoção, postura ou coordenação? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_  
 4.4 Apresenta dificuldade para enxergar? (aproxima objetos dos olhos, franze a testa, etc.) ( ) Sim ( ) Não. Especifique: \_\_\_\_\_  
 4.5 Apresenta dificuldade para ouvir? (necessita que se repita a explicação, tem dificuldade de diferenciar sons) ( ) Sim ( ) Não. Especifique: \_\_\_\_\_  
 4.6 Medicamento(s) utilizado(s) nos últimos tempos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 4.7 Faz acompanhamento médico/psicológico? ( ) Sim ( ) Não. Qual motivo? \_\_\_\_\_  
 4.8 Possui algum tipo de alergia? ( ) Sim ( ) Não. Especifique: \_\_\_\_\_  
 Possui alguma intolerância alimentar? ( ) Sim ( ) Não. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.10** Apresenta algum problema neurológico? ( ) Sim ( ) Não. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.11** O(a) aluno(a) é portador de algum problema de saúde que possa ser agravado ou colocá-lo em risco durante a atividade? (cardíaco, circulatório, endócrino, hepático, musculoesquelético, neurológico, pulmonar e/ou respiratório, renal, transtorno mental, etc.). ( ) Sim ( ) Não. Se sim, explique: \_\_\_\_\_

**(SE A RESPOSTA FOR SIM O ALUNO NECESSITA DE AUTORIZAÇÃO MÉDICA/LAUDO MÉDICO, A SER APRESENTADA NO PRIMEIRO DIA DE AULA.)**

MARQUE O(S) PROBLEMA(S) ABAIXO QUE TENHA SIDO DIAGNOSTICADO OU TRATADO POR UM MÉDICO:

ANEMIA  
ASMA  
DIABETES  
HIPERTENSÃO  
OBESIDADE  
PROBLEMA DE OUVIDO  
PROBLEMA OCULAR

REFLUXO  
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE  
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA  
OUTROS (AS):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Outras ocorrências importantes:**

---

---

---

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno/responsável legal