

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