

**SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO PBSCJ PROVÍNCIA BRASILEIRA SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

CNPJ: 17.366.932/0001-55 - Inscrição Estadual: Isenta  
Rua Tucuna, 799 - Perdizes – 05021-010 - São Paulo/SP  
Fone: (11) 3202-8700

**SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO – COLÉGIO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

CNPJ: 17.366.932/0003-17 - Inscrição Estadual: Isenta  
Rua Caraíbas, 882 – Vila Pompeia – 05020-000 – São Paulo/SP  
Fone: (11) 3202-8500

**FICHA INFORMATIVA – PCD (Pessoa com Deficiência/Transtorno) – Ano letivo 2025**

**DADOS DO(A) ESTUDANTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Local de Nascimento: (Cidade/Estado): \_\_\_\_\_  
Sexo ( ) M ( ) F RG.: \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

**Curso que frequentará em 2025:**

Etapa/Ano/Série: \_\_\_\_\_  
( ) Educação Infantil ( ) Ensino Fundamental – Anos Iniciais ( ) Ensino Fundamental – Anos Finais  
( ) Ensino Médio

**Não havendo deficiência/transtorno não há a necessidade de responder o questionário, somente, assinar.**

O(a) estudante apresenta deficiência/transtorno? Sim ( ) Não ( )

- No caso de resposta afirmativa, preencha todo o questionário.

1) Existe um diagnóstico que justifique as dificuldades observadas? Sim ( ) Não ( )

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

Caso esteja passando por avaliação médica e/ou multidisciplinar, qual é a hipótese diagnóstica?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Escreva sobre as dificuldades observadas:

- no desenvolvimento (atrasos, deficiências, autonomia para locomoção e hábitos de higiene etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- nos relacionamentos (com membros da família, na escola e em outros ambientes que frequenta):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- na aprendizagem:

---

---

---

---

3) A partir de que idade essa(s) dificuldade(s) foi(ram) observada(s)?

---

---

---

4) Está em tratamento? **Sim ( ) Não ( )**

Faz acompanhamento com qual(is) profissional(is):

1. Nome: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_
2. Nome: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_
3. Nome: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_
4. Nome: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

5) Toma alguma medicação? **Sim ( ) Não ( )**

Qual(is)? \_\_\_\_\_

6) Quais são as expectativas em relação a este colégio? Justifique.

---

---

7) Outras observações: \_\_\_\_\_

---

---

---

8) Anexe a esta ficha cópia(s) de laudo(s) e/ou relatório(s) do(a) estudante emitido(s) pelo(s) profissional(is) que o(a) acompanha(m).

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai e/ou Responsável