

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 – Ano letivo 2025**SEGMENTO I (2º AO 5º ANO)****CURSO – Ensino Fundamental – Anos Iniciais:**

() 2º Ano () 3º Ano () 4º Ano () 5º Ano

PERÍODO: () Manhã () Tarde

CURSO – Período Complementar:

() Integral 3 vezes na semana

Quais dias da semana? () segunda () terça () quarta () quinta () sexta

() Integral 5 vezes na semana

DADOS DO(A) ESTUDANTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Local de Nascimento: (Cidade/Estado): _____

Sexo () M () F RG.: _____ CPF.: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Raça/Cor/Etnia: () Amarelo () Branco () Pardo () Preto () Não declarado

ENDEREÇO:

Rua: _____ Nº: _____

Complemento (Apto/Bloco): _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Religião da Família: _____

DADOS DA MÃE

Nome: _____

Telefone Comercial: _____ Celular: _____

Profissão: _____

E-mail: _____

DADOS DO PAI

Nome: _____

Telefone Comercial: _____ Celular: _____

Profissão: _____

E-mail: _____



DADOS DO RESPONSÁVEL (Caso não seja Pai ou Mãe)

Nome: _____
Telefone Comercial: _____ Celular: _____
Profissão: _____
E-mail: _____

MOTIVO DA PROCURA PELO COLÉGIO

DIMENSÃO RELIGIOSA E ESPIRITUAL

Qual a importância da formação religiosa para a família? E como a família cultiva a vida espiritual?

ASPECTO SOCIOECONÔMICO

Onde mora? () Casa () Apartamento () Outros: _____
A moradia é: () Própria () Alugada () Cedida
Tem área livre para recreação? () Quintal () Playground () Jardim () Outros: _____

VIDA FAMILIAR

Relacione os filhos por ordem de nascimento (incluindo observações necessárias, tais como: idade, adoções, filhos de casamentos anteriores etc.)



Os pais estão: () Casados () Separados

No caso de pais separados, com quem moram os filhos? _____

A guarda é compartilhada? () Sim () Não

Para resposta negativa, de quem é a guarda? _____

Cite outras pessoas que moram com a família: _____

Quem passa a maior parte do tempo com o(a) estudante?

A família passa por alguma dificuldade no momento? Qual?

Como a criança reage diante dos limites impostos pelos pais e pelos outros?

Qual a atitude dos pais no caso de resistência da criança, diante dos limites impostos?

Apresenta algum medo? Qual? Como reage? Desde quando?

Briga, irrita-se e/ou chora com facilidade? Descreva seu jeito de ser.

A que horas vai dormir? Como é seu sono? Solicita atenção especial para dormir?

A que horas se levanta? Dorme durante o dia?

VIDA SOCIAL E CULTURAL

Como é o relacionamento da criança com:

PAI: _____

MÃE: _____

IRMÃOS: _____

AMIGOS: _____

Outros (primos, padrasto, madrastra, empregada, avós etc.):

Com quem a criança brinca? Descreva suas atitudes ao brincar com outras crianças.

Descreva os finais de semana e férias da criança. O que faz?

A criança pratica algum esporte? Qual? _____

Gosta de televisão? () Sim () Não

Que tipo de programa? _____

Utiliza o computador? () Sim () Não

Com que frequência? _____

Para quê? _____

Utiliza o celular? () Sim () Não

Com que frequência? _____

Para quê? _____

NASCIMENTO E SAÚDE

A mãe apresentou problemas durante e/ou após a gestação? () Sim () Não

Qual? _____

Tomou todas as vacinas na idade certa? () Sim () Não

Observação: _____

Foi vacinada contra gripe (Influenza e H1N1) no ano de 2024? () Sim () Não

E a vacina contra Covid? () Sim () Não

Faz parte do grupo de risco para a Covid-19? () Sim () Não

Com quantos meses andou? _____

Sofreu algum acidente? () Sim () Não Com que idade? _____

Como foi? _____

Sofreu alguma moléstia grave? () Sim () Não Com que idade? _____

Qual? _____

Sofreu alguma cirurgia? () Sim () Não Com que idade? _____

Qual? _____



Foi internada para tratamento médico? () Sim () Não Com que idade? _____
Por quê? _____
Está fazendo acompanhamento médico? () Sim () Não
Qual? _____
Medicamento: _____
Tem controle urinário?
Diurno: () Sim () Não Noturno: () Sim () Não
Apresenta alguma doença ou alergia? () Sim () Não
Qual? _____

ALIMENTAÇÃO

Tem horários para alimentação? () Sim () Não
Alimenta-se: () Bem () Normal () Mal
Sua alimentação é rica em frutas, verduras e legumes?

Com quem a criança faz as refeições?

LINGUAGEM

Apresenta dificuldades ao falar? () Sim () Não
Quais? _____
Quando começou a falar? _____
Gosta de conversar? () Sim () Não
Com: () Adultos () Criança () Sozinha

ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO

Faz ou fez acompanhamento:
() Fonoaudiológico () Psicopedagógico () Psicológico () Neuropsicológico () Neurológico
() Psiquiátrico () Aulas Particulares () Outros: _____
Quando fez: _____
Por quê: _____
Recebeu alta? Quando? _____
Caso esteja em acompanhamento, informar nome e telefone do(s) profissional(ais). _____



VIDA ESCOLAR

Frequenta escola desde que idade? _____

Como se deu a adaptação? _____

Escola de origem: _____

Como é o seu desempenho escolar? _____

Existe Língua Inglesa na grade curricular da escola de origem? _____

Quem acompanha a vida escolar da criança? (tarefas, reuniões, atividades sociais na escola etc.).

A criança deseja vir para este colégio? _____

Como e com quem a criança virá ao colégio? Utilizará o transporte escolar?

OUTRAS OBSERVAÇÕES – RESPONSÁVEIS

OUTRAS OBSERVAÇÕES – COORDENAÇÃO

NOME DO INFORMANTE (parentesco): _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL