

**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 2024**

**SEGMENTO I (2º AO 5º ANO)**

**CURSO – Ensino Fundamental - Anos Iniciais:**

( ) 2º Ano ( ) 3º Ano ( ) 4º Ano ( ) 5º Ano  
PERÍODO: ( ) Manhã ( ) Tarde

**DADOS DO ALUNO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Local de Nascimento: (Cidade/Estado): \_\_\_\_\_  
Sexo ( ) M ( ) F RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Raça/Cor/Etnia: ( ) Amarelo ( ) Branco ( ) Indígena ( ) 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 PELA ESCOLA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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) aluno(a)?

\_\_\_\_\_

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, madrasta, 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? \_\_\_\_\_

## 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 2023? ( ) Sim ( ) Não

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

Já testou positivo para a Covid-19? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual a data da realização do teste? \_\_\_\_\_

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?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
A criança faz as refeições com o pai, a mãe e os irmãos?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 esta escola? \_\_\_\_\_

Como e com quem a criança virá à escola? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## OUTRAS OBSERVAÇÕES – RESPONSÁVEIS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## OUTRAS OBSERVAÇÕES – COORDENAÇÃO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME DO INFORMANTE (parentesco): \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL