



## COLÉGIO DOM BARRETO

Autorização: Portaria Ministerial de 08/04/53 do Ministério de Educação e Saúde e  
Ato nº 1449 de 20/10/53 do Departamento de Educação.  
Reconhecimento: Portaria CEI de 02 publicado no DOE de 03/12/80  
Avenida Saudade, 705 - Ponte Preta - Campinas - SP - CEP 13041-670  
Fones (0 xx19) 3232-4366 ou (0xx19) 3232-4796 Fax (0xx19) 3234-6696  
Site: www.colegiodombarreto.com.br - E-mail: secretaria@colegiodombarreto.com.br  
Mantenedora: Colégio Dom Barreto / C.N.P.J. 46.030.789/0001-24  
Etapas da Educação Básica: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio

### FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS AO COLÉGIO DOM BARRETO - ANO LETIVO 2010

Aluno(a) :	_____	Data de Nascimento: ___/___/___	Série: _____
Endereço:	_____		
Telefone Residencial:	_____	Celular:	_____
E-mail:	_____		
Religião/Crença:	_____		
Nome do Pai:	_____		
Endereço:	_____		
Telefone Residencial:	_____	Celular:	_____
Atividade Profissional atual:	_____	Telefone Comercial:	_____
E-mail:	_____		
Religião/Crença:	_____		
Nome da Mãe:	_____		
Endereço:	_____		
Telefone Residencial:	_____	Celular:	_____
Atividade Profissional atual:	_____	Telefone Comercial:	_____
E-mail :	_____		
Religião/Crença:	_____		
<b>Em caso de emergência, não sendo localizados os pais, indique as primeiras pessoas a serem contactadas:</b>			
Nome -	_____	Parentesco -	_____
Telefone -	_____		
Nome -	_____	Parentesco -	_____
Telefone -	_____		
Nome -	_____	Parentesco -	_____
Telefone -	_____		
Convênio Médico- Hospitalar:-	_____		
Hospital:-	_____	Telefone de Emergência:	_____

#### **I - DADOS FAMILIARES**

O(a) aluno(a) mora: ( ) com os pais ( ) com um dos pais Qual? \_\_\_\_\_  
( ) com nenhum dos pais - Responsável: \_\_\_\_\_

O(a) aluno(a) já perdeu algum ente querido, com o qual tinha muito contato:

( ) Não ( ) Sim Quem? \_\_\_\_\_

No caso de pais separados:

O(a) aluno(a) encontra a mãe ou o pai que não mora com ele? ( ) Sim Não ( )

Se o pai ou a mãe assumiu nova união, preencha os dados da pessoa que mora com o(a) aluno(a):

Nome - \_\_\_\_\_

Atividade Profissional atual - \_\_\_\_\_

O(a) aluno(a) tem irmãos? ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_

Se estudam no Colégio Dom Barreto, em que série estão? \_\_\_\_\_

## **II - DADOS DE SAÚDE (é importante que fatos não sejam omitidos)**

- Tipo Sanguíneo - \_\_\_\_\_ Fator RH - \_\_\_\_\_
- O aluno é alérgico a algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim - Qual? \_\_\_\_\_
- Apresenta algum problema relacionado a saúde física (**alergias**, broquite, disritmia, visão irregular, coluna, menisco, audição)?  
( ) Não ( ) Sim - Qual? \_\_\_\_\_
- Já foi operado? ( ) Não ( ) Sim Tipo de Operação - \_\_\_\_\_
- Apresenta algum problema motor? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_
- Toma algum medicamento periodicamente? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_
- O(a) aluno(a) está atualmente sob alguma orientação ou tratamento psicológico, fonoaudiológico, psicomotor ou outros?  
( ) Não ( ) Sim Qual tratamento? \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_
- Nome dos Profissionais - \_\_\_\_\_ Telefone/Celular - \_\_\_\_\_
- O(a) aluno(a) já foi submetido a algum tratamento psicológico anteriormente? ( ) Não ( ) Sim  
Qual, em que época e duração do tratamento. \_\_\_\_\_

- Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, com qual medicamento ele deverá ser medicado (por indicação médica): \_\_\_\_\_

- A criança tem doença congênita? ( ) Não ( ) Sim - Qual? \_\_\_\_\_

- Tem hipertensão? ( ) Não ( ) Sim

- Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

( ) caxumba ( ) sarampo ( ) rubéola ( ) catapora ( ) escarlatina ( ) coqueluche ( ) outras

Se outras - Quais? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

- É epilético? ( ) Não ( ) Sim – Em caso afirmativo, está em tratamento? ( ) Não ( ) Sim

- É hemofílico? ( ) Não ( ) Sim

- É diabético? ( ) Não ( ) Sim – Em caso afirmativo, é dependente de insulina? ( ) Não ( ) Sim

- É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável? ( ) Não ( ) Sim

Em caso afirmativo, quais? \_\_\_\_\_

- É asmático? ( ) Não ( ) Sim

- O aluno possui alguma necessidade especial? ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_ Anexar **laudo do médico e/ou especialista**

- Está ingerindo medicação específica? ( ) Não ( ) Sim – Qual? \_\_\_\_\_

- O médico do(a) aluno(a) é ( ) alopata ( ) homeopata

Nome do médico - \_\_\_\_\_ Telefone - \_\_\_\_\_

**Obs** - detectando anormalidades (saúde), e/ou conduta do(a) aluno(a) (comportamento, normas disciplinares e de convivência social), entraremos em contato com as pessoas indicadas.

## **III - DADOS ESCOLARES**

Preencha o quadro abaixo, indicando a(s) escola(s) que o aluno(a) frequentou anteriormente.

Nome da Escola	Cidade	Estado	Série	Ano

Se houve transferência, quais os motivos? \_\_\_\_\_

O(a) aluno(a) já foi retido alguma vez? ( ) Não ( ) Sim

Especifique a série e o motivo da retenção - \_\_\_\_\_

Em casa, quais os horários de estudo? \_\_\_\_\_

Em casa, qual o local de estudo? \_\_\_\_\_

Quem acompanha os estudos em casa? \_\_\_\_\_

## IV - OUTROS DADOS

O(a) aluno(a) participa de alguma atividade esportiva, religiosa, recreativa ou outras? Especifique.

O(a) aluno(a) frequenta algum curso fora da escola? Qual(is) \_\_\_\_\_

Em casa tem funções determinadas, além de estudar? ( ) Não ( ) Sim

Quais? \_\_\_\_\_

O(a) aluno(a) já teve alguma experiência profissional? ( ) Não ( ) Sim

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

Como é o relacionamento do(a) aluno(a):

Com outros colegas? \_\_\_\_\_

Com os adultos? \_\_\_\_\_

Quais suas atividades prediletas? \_\_\_\_\_

Qual o tempo que os pais dispõem para o(a) referido(a) filho(a)? \_\_\_\_\_

Quais as dificuldades que os pais (ou um dos pais) encontram para se relacionarem com o(a) filho(a)?

Comentários sobre a vida social do(a) aluno(a), como: passeios com a família, com os amigos, relacionamento em casa, passatempo preferido, etc.

**O (a) aluno(a) VEM para o Colégio de que forma:**

( ) a pé e sozinho ( ) de ônibus e sozinho ( ) alguém sempre vem trazê-lo ( ) transporte escolar

Se o transporte for escolar, qual o nome do motorista - \_\_\_\_\_ Telefone - \_\_\_\_\_

**O (a) aluno(a) VAI embora do Colégio de que forma:**

( ) a pé e sozinho ( ) de ônibus e sozinho ( ) alguém sempre vem buscá-lo ( ) transporte escolar

Se o transporte for escolar, qual o nome do motorista - \_\_\_\_\_ Telefone - \_\_\_\_\_

O(a) aluno(a) **está autorizado a deixar o Colégio sozinho?** ( ) Não ( ) Sim

**Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo(a) do Colégio são:**

Nome - \_\_\_\_\_ RG nº - \_\_\_\_\_ Parentesco - \_\_\_\_\_

Nome - \_\_\_\_\_ RG nº - \_\_\_\_\_ Parentesco - \_\_\_\_\_

O Colégio recomenda que os **alunos esperem, dentro do Colégio**, por seus pais ou condução escolar. Você **autoriza seu(sua) filho(a) a esperar em outro local?** ( ) Não ( ) Sim Local \_\_\_\_\_

**Obs: Permanência máxima no Colégio após o período de aulas, exceto em dias de plantões ou recuperações:**

Educação Infantil a 4ª Série do Ensino Fundamental Manhã - até as 12h15min Tarde - até as 17h20min

5ª a 8ª Série do Ensino Fundamental Manhã - até as 12h30min Tarde - até as 17h45min

Ensino Médio 1ªs e 2ªs séries – 2ª a 6ª - até as 13h15min / 3as séries até 13h15min (2ª 4ª 5ª 6ª) e às 16h45min (na 3ª)

Acrescente aqui algumas informações que gostaria de fazer.

**OBS:** - caso haja alguma alteração nestes dados no decorrer do ano 2010, favor comunicar o Serviço de Orientação Educacional. As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais ou responsáveis que as prestaram.

Assinatura do Pai (responsável): \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_

Assinatura da Mãe (responsável): \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_