



COLÉGIO DOM BARRETO

Autorização: Portaria Ministerial de 08/04/53 do Ministério de Educação e Saúde
 Ato nº 1449 de 20/10/53 do Departamento de Educação. Reconhecimento: Portaria CEI de 02 publicado no DOE de 03/12/80
 Av. 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: dombarreto@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 DO ENSINO MÉDIO AO COLÉGIO DOM BARRETO - ANO LETIVO 2012

Os responsáveis devem preencher esta ficha, comprometendo-se a não omitir nenhum dado e responsabilizando-se a informar o Serviço de Orientação Educacional e a Secretaria, por escrito, caso haja alterações dos dados no decorrer do ano letivo de 2012.

| | | | |
|--|-------|---------------------------------|--------------|
| 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: | _____ | | |
| Em caso de emergência, não sendo localizados os pais, indique as primeiras pessoas a serem contactadas: | | | |
| 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 : _____ Telefone para contato: _____

E-mail: _____

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, no final do período (**12h20min (diariamente) / 15h35min** – às 2^{as} e 6^{as} feiras – dias de RP / **16h35min** – às 3^{as} e 5^{as} feiras, no contraturno):

() 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 - _____

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

Nome - _____ RG nº - _____ Parentesco - _____

Nome - _____ RG nº - _____ Parentesco - _____

O(a) aluno(a) **está autorizado** a sair para **almoçar** nas imediações do Colégio, das **12h20min às 13h20min** ?

() Não () Sim

Obs: Permanência máxima no Colégio após o período de aulas, exceto em dias de Recuperações Paralelas ou Trimestrais:

Ensino Médio: 1^{as}, 2^{as} e 3^a séries – **2^a a 6^a feira - até as 12h30min** / 1^{as}, 2^{as} e 3^{as} séries (**às 3^a e 5^a feiras**) das **13h20min às 17h00** . **Depois desse horário, os alunos esperarão pelos pais no portão da rampa.**

Acrescente aqui algumas informações que gostaria de fazer.

OBS: - caso haja alguma **alteração nestes dados** no decorrer do ano 2012, favor comunicar o Serviço de Orientação Educacional e a secretaria, **por escrito**.

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 _____