



## 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 2017

Os responsáveis devem preencher esta ficha, comprometendo-se a não omitir nenhum dado e responsabilizando-se por informar o Serviço de Orientação Educacional e a Secretaria, por escrito, caso haja alterações nos dados apresentados em **2016**.

Aluno(a) : \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Religião/Crença: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Atividade Profissional atual: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Religião/Crença: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Atividade Profissional atual: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Religião/Crença: \_\_\_\_\_

**Em caso de emergência**, não sendo localizados os pais, indique as **primeiras pessoas a serem contactadas**:

Nome - \_\_\_\_\_ Parentesco - \_\_\_\_\_ Telefone - \_\_\_\_\_

Nome - \_\_\_\_\_ Parentesco - \_\_\_\_\_ Telefone - \_\_\_\_\_

Convênio Médico-Hospitalar:- \_\_\_\_\_

Hospital:- \_\_\_\_\_ Telefone de Emergência: \_\_\_\_\_

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 - \_\_\_\_\_

De que forma o(a) aluno(a) **VAI EMBORA DO COLÉGIO** no final do período (12h20min (diariamente) /

**nos dias de RP (plantão) – 2<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e 6<sup>as</sup> feiras - às 16h00 / e nas 3<sup>as</sup> e 5<sup>as</sup> feiras - 16h45min - no contraturno:**

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

**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 13h30min ?

( ) Não ( ) Sim

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

Ensino Médio: 1<sup>as</sup>, 2<sup>as</sup> e 3<sup>a</sup> séries – 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira - até as 12h30min / 1<sup>as</sup>, 2<sup>as</sup> e 3<sup>as</sup> séries (às 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> feiras) das 13h30min às 17h00

**Depois desse horário, os alunos esperarão pelos pais no portão da rampa.**

**PARA QUEM JÁ É ALUNO DO COLÉGIO, PREENCHA OS DADOS QUE SE SEGUEM SE HOUVER INFORMAÇÕES NOVAS**

**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 não omitir informações)**

- Tipo Sanguíneo - \_\_\_\_\_ Fator RH - \_\_\_\_\_

- O aluno é alérgico a algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim - Qual? \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento periodicamente? ( ) 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? \_\_\_\_\_

-- 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.  
\_\_\_\_\_

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

- Tem hipertensão? ( ) Não ( ) Sim

- Quais as doenças contagiosas já contraídas na infância?

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

- 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 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 – INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

O(a) aluno(a) participa de alguma atividade esportiva, religiosa, recreativa ou algum curso fora da escola? Especifique.

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

O aluno possui **hábito de estudo**? Ele demonstra responsabilidade e organização para suas tarefas escolares?

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

Em casa, quanto tempo o aluno dedica para seus estudos? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

Acrescente aqui algumas informações que gostaria de fazer.

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

**OBS:** - caso haja alguma **alteração nestes dados**, 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 \_\_\_\_\_