



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

Aluno Novo

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 Secretária, por escrito, caso haja alterações nestes dados no decorrer do ano letivo de **2017**.

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^{as}, 4^{as} e 6^{as} feiras - às 16h00 / e nas 3^{as} e 5^{as} 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^{as}, 2^{as} e 3^{as} 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 13h30min às **17h00** .

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

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 - 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 Em que série? _____

IV – INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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? _____

O aluno tem **dificuldades em alguma(s) disciplina(s)**? **Quais?** _____

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 _____