

FICHA DE ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO**1- IDENTIFICAÇÃO**

Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Pai:	
Idade:	Escolaridade:
Mãe:	
Idade:	Escolaridade:

2. HISTÓRICO DO NASCIMENTO

A gravidez foi planejada? Sim () Não ()
Fez pré-natal? Sim () Não ()

Houve alguma complicação na gravidez ou após o nascimento? Sim () Não () (Quadro de hipertensão, diabetes gestacional, quedas, rubéola, sangramentos, toxoplasmose, transfusão de sangue, depressão, ansiedade, luto, etc).
Relatar:
Tempo de gestação:

Como foi o parto:
Parto Normal? () Parto Induzido? () Fórceps? () Cesárea? ()

Após o nascimento houve alguma complicação com a criança? Ex.: (internação, U.T.I., Icterícia, cirurgia, transfusão, infecção, convulsão etc.)
Sim () Não ()
Quais?
Fez acompanhamento médico após as complicações? Sim () Não ()
Quanto tempo?

FICHA DE ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO

3. PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O ALUNO(A):

ESPECIALIDADE	NOME E TELEFONE
<input type="checkbox"/> Pediatra	
<input type="checkbox"/> Neurologista	
<input type="checkbox"/> Psiquiatra	
<input type="checkbox"/> Psicólogo	
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo(a)	
<input type="checkbox"/> Psicomotricista	
<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	
<input type="checkbox"/> Outros:	

4. VIDA ESCOLAR (Escola Regular):

Nome da Última Escola: <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular
Nome Escola Atual: <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular
Repetiu algum ano? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?:

Apresenta algum Transtorno de Aprendizagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais?:
Tem laudo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Apresenta alguma Dificuldade de Aprendizagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais?:
Faz acompanhamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Com quais especialistas?:

De Acordo:

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do responsável