|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO ALUNO(A)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de matrícula: | | | | | | | | | | | | ( )Novato ( ) Veterano | | | | | | | | | | | Obs.: | | | | | | | | | | | | |
| Criança: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo: | | | | | | | | | | Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Idade: | | |
| Filho único | |  | | Adotado | | | |  | | Tem irmãos? : | | | | | | | | | | | | Idades: | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidade: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Naturalidade: | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP: | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano de saúde | | | | | | | | | | | | | | | Pediatra | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fone: | | |
| Hospital | | | | | | | | | | | | | | | Tem alergias: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doença grave: | | | | | | | | | | | | | | | Convulsão | | | | | | | | | | | | Intolerância: | | | | | | | | |
| Em caso de urgência chamar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Parentesco: | | | | | | | | |
| Fone residencial: | | | | | | | | | | | | | | | Celular: | | | | | | | | | | | | Trabalho: | | | | | | | | |
| **DADOS DOS RESPONSÁVEIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pais casados | | |  | | Separados | | | |  | | Falecidos | | | | |  | Outros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Pai: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profissão: | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | Fones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local de trabalho: | | | | | | | | | | | | | | | | Cargo: | | | | | | | | | | | | | | | Fones: | | | | |
| RG: | | | | | | | | | | CPF: | | | | | | | | | | | | | | | Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da Mãe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profissão: | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | Fones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local de trabalho: | | | | | | | | | | | | | | | | Cargo: | | | | | | | | | | | | | | | | Fones: | | | |
| RG: | | | | | | | | | | | | | | | | CPF: | | | | | | | | | Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável Financeiro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | Fones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | | | | | | | | CPF: | | | | | | | | | | | | | | | Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Local de trabalho: | | | | | | | | | | | | | | | | Cargo: | | | | | | | | | | | | | | | | Fones: | | | |
| **DADOS SOBRE A MATRÍCULA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Turma: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Turno: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esporte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Turno: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviços: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESSOAS AUTORIZADAS A PEGAR A CRIANÇA ALÉM DOS PAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | Parentesco: | | | | | | | | | | | | | | | Fone: | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | Parentesco: | | | | | | | | | | | | | | | Fone: | | | | | |
| **MEDICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em caso de febre ou dor tomar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Quantidade: | | | | | |
| Tem alergia medicamentosa? : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Importante: lugar de remédio NÃO é na escola. Se realmente for preciso, só poderemos ministra-lo se vier acompanhado de receita médica e devidamente marcado, acompanhado com um atestado médico da criança. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOBRE A CRIANÇA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dorme : ( )sozinha ( ) com os pais ( )com irmãos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tem sono: ( ) tranquilo ( ) agitado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Como se alimenta?: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( )Não fala , falou com : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( )Usa chupeta, ( ) chupa o dedo | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( )Amamentou até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses | | | | | | | | | | | | | | ( ) Engatinhou com \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses | | | | | | | | | | | | | | | ( )Andou com\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses. ( )Não anda | | | | | | |
| ( ) Convive com criança | | | | | | | | | | | | | | Socialização: ( )fácil ( )difícil | | | | | | | | | | | | | | | Religião: | | | | | | |
| Descreva seu filho(a): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fica feliz quando: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fica triste quando: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A criança foi desejada? | | | | | | | | | | | | | Gravidez: ( )tranquila, ( )difícil | | | | | | | | | | | | | | | Parto: ( )normal, ( )Cesária | | | | | | | |
| Fica em casa com: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tem tarefas em casa | | | | | | | | | | | | | | | |
| Como é repreendida? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Como reage? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz acompanhamento com algum profissional? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O que você espera da Escola? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fortaleza, \_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass. do Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESPAÇO RESERVADO À ESCOLA – Documentos entregues** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certidão de Nascimento | | | | |  | Quitação da escola anterior | | | | | | | | | | |  | | | RG | |  | CPF | |  | | | Comp. de residência | | | | |  | Fichas |
|  | Atestado médico | | | | |  | 4 fotos 3x4 | | | | | | | | | | |  | | | Cartão de vacinação | | | | |  | | | Cartão plano de saúde | | | | |  | Contrato assinado |



**Creche Escola Mundo da Fantasia**

*“Transformando sonhos em realidade”*

|  |
| --- |
| **Anamnese** |
| Você tem alguma queixa? |
|  |
| Gostaria que algum profissional da equipe lhe ajudasse? |
|  |
| **Linguagem** |
| Existe na família alguma pessoa com problemas de audição ou fala? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seu filho(a) escuta normal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fala: ( )alto ( )normal ( )baixo ( )fica rouco, quando?  Infecção de ouvido: ( )teve ( )tem . Durante quanto tempo?  ( )Apresenta secreção no ouvido ( ) Sente dor de ouvido?  ( )Dorme de boca aberta ( )Ronca ( )Baba dormindo ( )Fala dormindo  ( )Dorme após o almoço ( )Range dentes ( )Tem dificuldade em falar  ( )Fala muito ( ) Fala pouco ( ) Não fala  ( )Troca, omite ou distorce algum fonema? Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sócio emocional** |
| Existe na família alguma pessoa com problemas emocional ou psicológico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( )Conta sonhos ou pesadelos ( )Tem medo do escuro Dorme das \_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_ (noite)  ( )Possui alguma mania? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tem contato: ( )maior com adultos ( )com adultos e crianças igualmente ( )brinca sozinho ( )amigo imaginário  Comportamento frente a crianças:  ( )tímido ( )desconfiado ( )agressivo ( ) ciumento ( )comunicativo ( )quieto ( )brincalhão ( )carinhoso  Comportamento frente a adultos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Como reagem em novos ambientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Como lida com regras? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qual o método de educação utilizado pelos pais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outro adulto interfere na educação dada à criança? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Isto é positivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Características marcantes da personalidade da criança: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teve alguma experiência marcante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apresenta curiosidade sexual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Já presenciou ou ouviu algo sobre o assunto?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Controle dos Esfíncteres** |
| Controla: ( )xixi ( )cocô ( )durante o dia ( )durante a noite ( )usa fralda descartável obs.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Como se deu a transição fralda /banheiro? Quem ajudou?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Alimentação** |
| Come: ( )só líquidos e papinhas ( ) sólidos ( )variados ( )usa mamadeira ( ) com ajuda ( )sozinha ( )mastiga bem  Aceita bem os seguintes alimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Não aceita os seguintes alimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qual sua alimentação em casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tem intolerância ou alergia alimentar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Não pode comer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Intelecto** |
| Apresenta-se curioso frente as coisas e assuntos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( )gosta de livros ( )ouve histórias ( )concentra-se  ( ) vê televisão ( )concentra-se Quais programas assiste?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( )desenha ( )rabisca ( )formas espelhadas ( )formas com sentido ( ) nomeia o que desenha ( )gosta de estudar  ( ) escreve ( )letras ( )números ( )palavras ( )frases ( )textos ( )deveria estar escrevendo ( )não escreve nada  ( )reconhece os números ( ) associa quantidade a número ( )conta até :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )realiza operações simples  ( )tem brinquedos pedagógicos ( )tem dificuldades de aprendizagem? Quais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Na realização das tarefas: ( )gosta de estudar ( ) recusa-se ( )concentra-se ( )precisa de acompanhamento  Quem acompanha as tarefas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Sua aprendizagem encontra-se compatível com a série?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qual idade iniciou a vida escolar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adaptação foi: ( )tranquila ( ) trabalhosa, relate os motivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Motivo da saída da escola anterior? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Como se sentem os pais com a entrada do filho na Creche Escola Mundo da Fantasia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fortaleza\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass. do Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Espaço reservado à Escola: |