

CENTRO PASTORAL D. ANTÓNIO BENTO MARTINS JUNIOR

Estabelecimento de Educação Pré-Escolar

Sala Anos

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança:
Data de Nascimento: Naturalidade:
Residência:
Código Postal: Localidade:

FILIAÇÃO

Nome Pai:
Profissão: Hab. Literárias: Matricula Carro:
Nome Mãe:
Profissão: Hab. Literárias: Matricula Carro:

Em caso de URGÊNCIA contactar:

Nome: Contacto:
Nome: Contacto:

ASPECTOS GERAIS

Nome ou diminutivo usado pela família:
Tem irmãos? Sim Não Quantos: Idades:
Vive com os pais? Sim Não Na ausência dos pais com quem fica?
Horário provável, de frequência na instituição:
Entrada: Saída:
Tem algum irmão a frequentar a instituição?
Sim Não Quem:
Já frequentou outra instituição?
Sim Não Qual:

SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

Acidentes ou doenças que a criança já sofreu:

Já esteve hospitalizada: Sim Não

Quais as razões

Tem alergias? Sim Não
 A algum alimento Qual
 A algum medicamento Qual

No caso da criança ter febre durante a permanência no Estabelecimento, autoriza que seja administrado um medicamento?

Não Sim Qual

Hábitos e comportamentos

Dorme durante o dia Sim Não Outros
Usa chupeta Sim Não
Usa biberão Sim Não
Usa Fraldas Sim Não

INFORMAÇÕES DIVERSAS

Tem hábitos ao deitar: Sim Não Quais:

A criança tem medos: Sim Não

Possíveis causas:

Quais as pessoas a quem podemos confiar a criança:

Outras informações que considere importantes que nos possa facultar:

Porque escolheu este Estabelecimento de ensino para o(a) seu(a) filho(a):

Início da frequência:

Assinatura: