

INFORMAÇÃO PESSOAL – ACESSO RESTRITO

Art. 5º Inciso X da Constituição Federal do Brasil 1998

Art.31 da Lei nº 12.527, de 18 de novembro 2011

Art. 55 ao 62 do Decreto nº 7.724 de 16 de maio 2012

CMC	SEÇÃO PSICOPEDAGÓGICA	FICHA BIOGRÁFICA
-----	-----------------------	------------------

ALUNO (A)	Nome completo			Data de nascimento
	Número	Nome de guerra	Naturalidade	Religião
	O(a) aluno(a) reside com: () pais () pai () mãe () outro responsável, especificar _____			

INGRESSO (CMC)	Data de ingresso (mês/ano)	Ano escolar: () 6º () 7º () 8º () 9º () 1º () 2º () 3º
	Ingressou por: () Concurso () Transferência do Colégio Militar de _____	
	Resultado da Avaliação Diagnóstica (AD) () Amparo Língua portuguesa: () apto () apto com restrição () inapto Matemática: () apto () apto com restrição () inapto	
	O responsável (aquele que gerou o amparo) para o ingresso no CM é: () pai () mãe () outro responsável, especificar _____	

REPROVAÇÃO	Seu filho(a) já reprovou de ano? () não () sim
	Em caso afirmativo, qual o ano escolar que seu filho foi reprovado? Ensino Fundamental () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º () 7º () 8º () 9º Ensino Médio () 1º () 2º () 3º
	Disciplina(s): _____

RESPONSÁVEL	() Pai () Mãe () Outro grau de parentesco, especificar: _____		
	Nome completo		
	No caso de militar, especificar: Força () EB () FAB () MB () F Aux Nome de Guerra _____ Posto/Graduação _____		
	Escolaridade () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-graduação		
	Endereço completo (Rua/nr/bairro/cidade/CEP/UF)		
	Telefone Residencial	Celular(es)	
	E-mail		
	Local de trabalho		Cargo/função
	Seção/setor	Tel comercial	Ramal

Preencher somente se for diferente do informado anteriormente

PAI	Nome completo		
	No caso de militar, especificar: Força () EB () FAB () MB () F Aux Nome de Guerra _____ Posto/Graduação _____		
	Escolaridade () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-graduação		
	Endereço completo (Rua/nr/bairro/cidade/CEP/UF)		
	Telefone Residencial	Celular(es)	
	E-mail		
	Local de trabalho		Cargo/função
	Seção/setor	Tel comercial	Ramal

MÃE	Nome completo		
	No caso de militar, especificar: Força () EB () FAB () F Aux () MB Nome de Guerra _____ Posto/Graduação _____		
	Escolaridade () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-graduação		
	Endereço completo (Rua/nr/bairro/cidade/CEP/UF)		
	Telefone Residencial	Celular(es)	
	E-mail		
	Local de trabalho		Cargo/função
	Seção/setor	Tel comercial	Ramal

OUTRO CONTATO	Outra pessoa para recado na impossibilidade de comunicação com o(s) responsável(is)		
	Nome:		
	Parentesco:		
	Telefones:		

SAÚDE DO ALUNO	O aluno já apresentou ou apresenta algum problema de saúde crônico? () não () sim – especificar: _____
	O aluno(a) já fez uso ou faz uso de medicação de forma contínua? () não () sim – especificar: _____

ACOMPANHAMENTO	Profissional / Especialista			
	Especificação	Início	Término	Observações
	Fonoaudiólogo			
	Psicólogo			
	Psicopedagogo			
	Psiquiatra			
	Neurologista			
	Outro(s) – especifique: _____			
O aluno possui laudo referente à transtorno e/ou distúrbio de aprendizagem? () sim () não Especifique: _____				

(PAIS)ESTADO CIVIL	() solteiro () casado () viúvo () união estável () divorciado
	Em caso de falecimento do pai ou da mãe, informe: ano: _____ causa: _____
	Em caso de separação, a quem cabe a guarda do aluno(a): () pai () mãe () guarda compartilhada () Outro – especificar: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR	Pessoas que residem com o(a) aluno(a)				
	Nome	Parentesco	Data de nascimento	Escolaridade	Profissão

S (CMC)ALUNO	Familiar(es) que estuda(m) no CMC		
	Nome de guerra: _____ Nr: _____ Ano/série: _____		
	Nome de guerra: _____ Nr: _____ Ano/série: _____		
	Nome de guerra: _____ Nr: _____ Ano/série: _____		

Aspectos de saúde na família	
SAÚDE DA FAMÍLIA	Doença grave () não () sim – especifique: _____
	Deficiência física () não () sim – especifique: _____
	Alcoolismo () não () sim – especifique: _____
	Doença mental () não () sim – especifique: _____
	Problemas psicológicos () não () sim – especifique: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES	Este espaço é reservado para o Sr(a) acrescentar qualquer informação que julgue necessária e que, porventura, não tenha sido abordada. Lembre-se que estes dados são sigilosos e muito importantes para auxiliar à recepção de seu(sua) responsabilizado(a) no Colégio Militar de Curitiba.

A Seção Psicopedagógica tem como um de seus princípios de trabalho a participação da família no processo de aprendizagem e no desenvolvimento do(a) aluno(a). Portanto, a seção busca continuamente a parceria com os pais para que, juntos, possamos buscar o sucesso educativo e a melhora na convivência de nossos alunos.

Assim sendo, lembre-se de que todas as convocações em que solicite sua participação em reuniões com professores ou outros setores da Divisão de Ensino, bem como com os integrantes do Corpo de Aluno, são condições privilegiadas para que os educadores e os pais possam, a partir da característica de cada uma das famílias, aprofundar a relação família/escola e, juntos, possamos desenvolver ações em benefício de nossos alunos.

Curitiba (PR), _____ de _____ de _____

() pai () mãe () responsável

Nome legível: _____

Assinatura: _____