CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

NOVA SUPER KIDS

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME:_____

DATA DE NASCIMENTO:_____/_____/_____ IDADE:_____

SEXO:_____ COR:_____ RELIGIÃO:_____

FILIAÇÃO

PAI:_____ PROFISSÃO:_____

DATA DE NASCIMENTO:_____/_____/_____ TELEFONES:_____

MÃE:_____ PROFISSÃO _____

DATA DE NASCIMENTO:_____/_____/_____ TELEFONES:_____

ENDEREÇO

RUA: _____ COMPLEMENTO:_____

BAIRRO: _____ CIDADE:_____ CEP: _____

TELEFONE:_____ E-MAIL:_____

TEVE COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO? SIM ( ) NÃO ( )

O PARTO FOI NORMAL? SIM ( ) NÃO ( )

A CRIANÇA JÁ ESTEVE INTERNADA? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL O MOTIVO:_____

TEM CONTATO COM OUTRAS CRIANÇAS:_____

ASSISTE DESENHOS E QUANTO TEMPO POR DIA?_____

TEM ACESSO A LIVROS DE HISTÓRIAS E QUEM CONTA?_____

COMO É A ALIMENTAÇÃO ?_____

TEM ALGUMA ALERGIA?_____

O ALUNO SERÁ ENTREGUE À:_____

OBSERVAÇÃO:_____

_____

ASSINATURA DO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL

_____

CURITIBA, _____ DE_____ DE_____.

Rua: Francisco Mota Machado, 2100 - Capão da Imbuia – Ctba, PR – CEP: 82810-030
Fone: 41 3079-6732 (Geral) - e-mail: novasuperkids@gmail.com - site: www.novasuperkids.com.br