

Nome	Idade	Parentesco da criança/adolesc ente	Profissão	Renda Bruta
Total de integrantes do grupo familiar:	Recebimento pensão alimentícia:			R\$
	Bolsa Família/ BPC/ outras rendas:			R\$
Renda total familiar:				R\$

3. DADOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Criança/adolescente tem algum acompanhamento contínuo? (ex: psicológico, fonoaudiólogo, psiquiatra, entre outros): ☐ Sim ☐ Não, Qual: _____

Faz uso de medicamentos contínuos? ☐ Sim ☐ Não, Qual: _____

Tem deficiência? ☐ Sim ☐ Não, Qual: _____

Tem alergia ou intolerância alimentar ☐ SIM ☐ NÃO, Qual: _____

Tem dificuldades de adaptação? ☐ Sim ☐ Não

A criança/adolescente é: ☐ Calmo ☐ Moderado ☐ Hiperativo ☐ Desafiador

Obs: _____

4. SOBRE A FAMÍLIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Família possui Religião: ☐ SIM ☐ NÃO. Se sim Qual: _____

Residência da família é: ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Financiada ☐ Ocupação

Como está o relacionamento familiar: ☐ Bom ☐ Moderado ☐ Conflituoso.

Obs: _____

Pais da Criança/adolescente são: ☐ Solteiros ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Viúvo.

Obs: _____

5. Saúde

Família tem convênio de saúde: ☐ SIM ☐ NÃO Qual: _____

Alguém da família possui algum tipo de deficiência? ☐ Sim ☐ Não

Quem? _____ Qual: _____

Alguém da família faz uso de medicamentos contínuos? ☐ Sim ☐ Não

Quem? _____ Motivo: _____

Família está em Situação Prioritária? ☐ SIM ☐ NÃO. Qual: _____

6. Declaração

Declaro, para fins de direito, que as informações prestadas nesta folha retratam a realidade da minha situação socioeconômica.

7. Observações:

Passo Fundo, ____/____/____

DATA QUE COMEÇOU A FREQUENTAR O LAR: ____/____/____

Assinatura do(a) responsável familiar

Assinatura do(a) responsável pela entrevista