

VIII Congresso Espírita Paraibano – 4 a 6 de Janeiro de 2019

I Espaço Infantil

Ficha de Inscrição

|   |  |            |            |
|---|--|------------|------------|
| Nome  |  |            |            |
| Data de Nascimento  |  | Idade      |            |
| Quem é responsável por trazer a criança para o congresso? |  |            |            |
| Nome  |  | Telefone   | Parentesco |
| Nome  |  | Telefone   | Parentesco |
| Alergias ou doenças que sejam importante citar?           |  |            |            |
|   |  |            |            |
| Alguma necessidade especial?                              |  |            |            |
|   |  |            |            |
| Cite as pessoas com quem a criança mora                   |  |            |            |
| Nome  |  | Parentesco |            |
| Nome  |  | Parentesco |            |
| Nome  |  | Parentesco |            |
| Nome  |  | Parentesco |            |
| A criança participa de evangelização?                     |  | ( ) SIM    | ( ) NÃO    |
| Desde quando?   |  | Onde?      |            |
| A criança já fez algum tratamento espiritual?             |  | ( ) SIM    | ( ) NÃO    |
| Qual?   |  | Onde?      |            |
| Por que?  |  |            |            |
|   |  |            |            |

Alimentação

|  |                          |           |               |
|--|--------------------------|-----------|---------------|
| A criança possui alguma restrição alimentar dentre os itens a seguir? Marque.                        |                          |           |               |
| ( ) Pipoca   | ( ) Tangerina            | Sucos de: |               |
| ( ) Bolo   | ( ) Pão de Queijo        | ( ) Cajá  | ( ) Tangerina |
| ( ) Banana   | ( ) Chocolate/brigadeiro | ( ) Uva   | ( ) Manga     |
| ( ) Maçã   | ( ) Confeitos de açúcar  |           |               |
| <b>Caso a criança não possa se alimentar do nosso cardápio, favor fornecer alimentação adequada.</b> |                          |           |               |

Desenvolvimento Socioemocional

|   |                          |     |                                 |     |  |
|---|--------------------------|-----|---------------------------------|-----|--|
| Quanto ao temperamento, marque um X nos espaços que representam expressões de comportamento da criança. |                          |     |                                 |     |  |
| ( ) Alegre  | ( ) Bem-humorado         | ( ) | Toma<br>decisão<br>sozinho      | ( ) | Dificuldade<br>em partilhar o<br>que é seu |
| ( ) Paciente  | ( ) Revela-se líder      |     |                                 |     |  |
| ( ) Curioso   | ( ) Irrita-se facilmente |     |                                 |     |  |
| ( ) Triste  | ( ) Propenso a briga     | ( ) | Inseguro<br>emocio-<br>nalmente | ( ) | Relaciona-se<br>bem com o<br>próximo       |
| ( ) Impulsivo   | ( ) Imaginação fértil    |     |                                 |     |  |
| ( ) Ofende-se<br>facilmente   | ( ) Sente-se inferior    |     |                                 |     |  |
| ( ) Medo de:  | ( ) Conversa bastante    |     |                                 |     |  |

|                      |
|----------------------|
| <u>Sociabilidade</u> |
|----------------------|

|  |                                       |                              |
|--|---------------------------------------|------------------------------|
| A criança tem amigos?                                    | <input type="checkbox"/> SIM          | <input type="checkbox"/> NÃO |
| A criança tem momentos de lazer?                         | <input type="checkbox"/> SIM          | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Quais?   |                                       |                              |
| A criança gosta de brincar?                              | <input type="checkbox"/> SIM          | <input type="checkbox"/> NÃO |
| A criança é bem aceita pelos amigos/grupo?               | <input type="checkbox"/> SIM          | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Quais suas atividades favoritas?                         |                                       |                              |
| Em situações de conflito, como reage?                    |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Passivamente                    | <input type="checkbox"/> Chora        |                              |
| <input type="checkbox"/> Agride                          | <input type="checkbox"/> Pede auxílio |                              |
| <input type="checkbox"/> Outro                           |                                       |                              |
| Em família, como é sua relação com os pais/responsáveis? |                                       |                              |
|  |                                       |                              |
| E como é a sua relação com os irmãos?                    |                                       |                              |
|  |                                       |                              |
| Alguma consideração a mais que acha necessário?          |                                       |                              |
|  |                                       |                              |
|  |                                       |                              |