



Ficha para Atendimento a Restrições Alimentares

1. Nome (completo):
Escola:
Ano:

2. Aluno (<input type="checkbox"/>) Acompanhante (<input type="checkbox"/>)
Responsável do aluno:
Grau de parentesco:
Tel.:
E-mail:

3. Período de estada do aluno: ____/____/____
Restrição:
Grau de risco: (<input type="checkbox"/>) Severo (<input type="checkbox"/>) Moderado (<input type="checkbox"/>) Leve
Local de estadia: (<input type="checkbox"/>) NRSAM (<input type="checkbox"/>) NRSAP

4. Existe risco para contaminação cruzada na preparação de alimentos? (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Consequências da ingestão do alimento:

5. Rotina alimentar (Quais os alimentos fazem parte da rotina alimentar): <small>*Em caso de seletividade alimentar, especificar alimentos consumidas em casa.*</small>
Café da manhã:

