



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
COORDENADORIA DE INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE ALIMENTAÇÃO E ASSISTÊNCIA AO ALUNO

FICHA DE SAÚDE PARA CONTROLE ALIMENTAR

NOME DO ALUNO:			
UNIDADE ESCOLAR:			
DIRETORIA DE ENSINO:			
SEXO:	COR:	DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
NOME DA MÃE / RESPONSÁVEL:			
1 - Teve algum problema de saúde ao nascimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual?			
2 - Teve diagnóstico de anemia nos primeiros dois anos de vida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
3 - Foi internado (a) alguma vez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar (motivo e idade)			
4 - Está fazendo algum tipo de tratamento de saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual e onde?			
5 - Tem diagnóstico de:			
Anemia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Diabetes	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Desnutrição	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Doença celíaca	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Obesidade	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Fenilcetonúria	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outras doenças	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual:		
6 - Precisa de dieta especial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por que? _____			
7 - Existe algum problema de saúde na família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____			
8 - Tem algum tipo de alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?			
<input type="checkbox"/> Alimento _____ <input type="checkbox"/> Medicamento _____			
<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____			
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:			