



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

**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 no 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 acompanhamento de saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual especialidade médica? _____ _____ Possui plano de saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
5 - Necessita de dieta especial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por quê? _____			
6 – Tem diagnóstico de:  Diabetes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Doença celíaca <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Alergia à corantes artificiais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Anemia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Alergia à peixe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Fenilcetonúria <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Alergia à ovo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Desnutrição <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Alergia à proteína do leite de vaca <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Obesidade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Gastrite <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Outras: _____			
7 – Existe algum problema de saúde na família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____			
8- O aluno (a) consome alimentação escolar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:			

\*EM CASO DE DOENÇA QUE NECESSITE DE DIETA ESPECÍFICA, ANEXAR CÓPIA DO LAUDO MÉDICO