



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