GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS ESCOLARES – DIISE
COORDENADORIA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR – COALE
Divisão de Serviços de Nutrição - DNUT

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? ☐ Não ☐ Sim, qual?

2 – Teve diagnóstico de anemia nos primeiros nos primeiros dois anos de vida? ☐ Não ☐ Sim

3 – Foi internado (a) alguma vez? ☐ Não ☐ Sim. Especificar (motivo e idade)

4 – Está fazendo algum tipo de acompanhamento de saúde? ☐ Não ☐ Sim, Qual especialidade médica? _____

_____ Possui plano de saúde? ☐ Não ☐ Sim

5 - Necessita de dieta especial? ☐ Não ☐ Sim, por quê? _____

6 – Tem diagnóstico de:

Diabetes	☐ Não	☐ Sim	Intolerância à lactose	☐ Não	☐ Sim
Doença celíaca	☐ Não	☐ Sim	Alergia à corantes artificiais	☐ Não	☐ Sim
Anemia	☐ Não	☐ Sim	Alergia à peixe	☐ Não	☐ Sim
Fenilcetonúria	☐ Não	☐ Sim	Alergia à ovo	☐ Não	☐ Sim
Desnutrição	☐ Não	☐ Sim	Alergia à proteína do leite de vaca	☐ Não	☐ Sim
Obesidade	☐ Não	☐ Sim	Hipertensão Arterial	☐ Não	☐ Sim
Gastrite	☐ Não	☐ Sim	Colesterol Alto	☐ Não	☐ Sim

Outras: _____

7 – Existe algum problema de saúde na família? ☐ Não ☐ Sim, Qual? _____

8- O aluno (a) consome alimentação escolar? ☐ Não ☐ Sim

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

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