



Ficha para Atendimento a Restrições Alimentares

1.Nome(completo): _____

Escola: _____

Ano: _____

2.Aluno () Acompanhante ()

Responsável do Aluno: _____

Grau de parentesco: _____ Tel. _____

e-mail: _____

3.Período de estada Aluno: ___ / ___ a ___ / ___

Restrição: _____

Grau de risco: ()Severo ()Moderado ()Leve

4.Existe risco para contaminação cruzada na preparação de alimentos?

() sim () não

Consequências da ingestão do alimento:

5.Rotina alimentar (Quais os alimentos fazem parte da rotina alimentar):

Café da Manhã:

*Em caso de consumo de pães, biscoitos (cream cracker, maisena, Waffer e recheados) industriais especificar marcas comerciais consumidas em casa.

Almoço/ Jantar:



Lanches:



*Em caso de consumo de pães, biscoitos (cream cracker, maisena, Waffer e recheados) industriais especificar marcas comerciais consumidas em casa.

Outras observações:

