

**PREFEITURA DE MONTES CLAROS – MG**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Coordenadoria de Nutrição e Segurança Alimentar**SOLICITAÇÃO DE DIETA ESPECIAL****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**☐ CEMEI ☐ ESCOLA
☐ CONVENIADA
☐ CENTRO DE CONVÍVIO

NOME DA UNIDADE

TELEFONE

E-MAIL

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO (A)

NOME

DATA DE NASCIMENTO

NOME DO RESPONSÁVEL PELO (A) ALUNO (A)

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO OU NUTRICIONISTA QUE ATESTOU A DIETA (Anexar Laudo)

NOME

CRM/CRN

CAMPO PARA OBSERVAÇÕES DA UNIDADE EDUCACIONAL

MODALIDADE DO CARDÁPIO:

☐ CRECHE E PRÉ ESCOLA
☐ FUNDAMENTAL
☐ INTEGRAL
☐ _____

HORÁRIO DAS REFEIÇÕES

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE____/____/____
DATA_____
ASSINATURA E CARIMBO**Os campos abaixo são de uso exclusivo da COORDENADORIA DE NUTRIÇÃO E SEGURANÇA ALIMENTAR****AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DE DIETA ESPECIAL**

PRESCRIÇÃO MÉDICA/NUTRICIONAL

☐ AUTORIZADO

OBSERVAÇÃO

☐ NÃO AUTORIZADO

JUSTIFICATIVA

☐ SITUAÇÃO PENDENTE**IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL**____/____/____
DATA_____
ASSINATURA E CARIMBO