



PREFEITURA DE MONTES CLAROS – MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Coordenadoria de Nutrição e Segurança Alimentar



SOLICITAÇÃO DE DIETA ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

<input type="checkbox"/> CEMEI <input type="checkbox"/> ESCOLA <input type="checkbox"/> CONVENIADA <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CRECHE E PRÉ ESCOLA <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> INTEGRAL <input type="checkbox"/> _____	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	
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO PENDENTE	OBSERVAÇÃO JUSTIFICATIVA

IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

____ / ____ / ____ DATA	_____ ASSINATURA E CARIMBO
----------------------------	-------------------------------