



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIÁ DO SUL – PR.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.

Rua: Anchieta, 192 – Cx Postal 11 – CNPJ: 76.408.061/0001-54

FONE: (43) 3626-15 30 - 15 41 - FAX (43) 3626-15 30 - CEP 86470-000

e-mail: dmejundiaidosul@jundiaidosul.pr.gov.br - site: www.jundiaidosul.pr.gov.br

Deus está no Comando!

FICHA DE RASTREAMENTO DE NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS

Nome do (a) aluno (a):		
Unidade escolar:		
Sexo:	Data de nascimento:	Idade:
Nome da mãe / responsável:		
1 – Teve algum problema de saúde ao nascimento? () Não () Sim, qual?		
Doenças que já teve: () Catapora () Meningite () Hepatite () Dengue () Pneumonia () Bronquite () Rinite () Outra:		
Alergias: () Na pele () Alimentar Se sim, especifique:		
Tem alergia a algum medicamento: () Sim () Não Se sim, especifique:		
Tem intolerância a lactose: () Sim () Não Tem intolerância ao glúten: () Sim () Não		
O(A) aluno(a) tem alguma doença congênita: () Sim () Não Se sim, qual: (EX: Fibrose cística, Doença falciforme, Talassemia, Cardiopatia congênita, Doença congênita de glicosilação, Defeito do tubo neural, Doença sífilis congênita, Doença congênita, meningomielocelo)		
O(A) aluno(a) é epilético(a): () Sim () Não Se sim, está em tratamento:		
O(A) aluno(a) é hipertenso(a): () Sim () Não Se sim, está em tratamento:		
O(A) aluno(a) é asmático(a): () Sim () Não Se sim, está em tratamento:		
O(A) aluno(a) é diabético(a): () Sim () Não Se sim, está em tratamento:		
O(A) aluno(a) é cardíaco(a): () Sim () Não Se sim, está em tratamento:		
Está fazendo algum outro tipo de tratamento: () Sim () Não Se sim, qual:		
Toma alguma medicação: () Sim () Não Se sim, qual(is):		
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____		
DATA: ____/____/____		