

**FICHA DE CADASTRO PARA ALUNOS COM NECESSIDADES ALIMENTARES
ESPECIAIS - 2026**

UNIDADE ESCOLAR: _____

DADOS PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR

Nome do aluno(a): _____

Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____.

Período que o aluno está matriculado: () Manhã () Tarde () Integral

Nome do pai ou responsável: _____

Telefone: _____

DADOS PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO (preenchido com letra legível)

Local de Atendimento: _____

Data da solicitação: ____/____/2026.

Peso: _____ Estatura: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico médico: _____ .CID-10. _____

Comorbidade(s): _____

Orientação nutricional: _____

* Os produtos serão fornecidos pela SEMEDI de acordo com as especificações técnicas / não serão aceitos nomes comerciais.

** É obrigatório o preenchimento de todas as informações.

Assinatura, Carimbo e CRM do médico: _____