1. **FICHA DE INSCRIÇÃO**
2. **REQUERIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE AÇÕES UNIVERSAIS**
3. **ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

|  |
| --- |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prontuário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone residencial: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PROJETO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**Através deste formulário, o estudante e seu responsável sinalizarão ou não intenção em participar do projeto, no qual o IFSP Câmpus Presidente Epitácio fornecerá lanche nos intervalos das aulas e almoço, que ocorrerá somente nos dias em que as aulas ocorrerem em período integral (manhã e tarde). * O(A) estudante participará do projeto?

( ) Sim ( ) Não* O(A) estudante necessita de alguma restrição/modificação\* alimentar por motivo de doença, alergia e/ou intolerância?

( ) Sim ( ) NãoSe sim, qual restrição e doença/alergia/intolerância? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Há quanto tempo foi diagnosticada a restrição alimentar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.* O(A) estudante realiza acompanhamento médico\* ou com algum profissional da saúde para tratamento?\*

( ) Sim ( ) NãoSe sim, qual formação/especialidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.* O (A) estudante não consome algum alimento por motivo religioso?

( ) Sim ( ) NãoQual (is)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**\*Favor anexar o laudo médico comprovando a doença, alergia ou intolerância.****Ciente das informações preenchidas autorizo o(a) estudante acima identificado(a) a lanchar e/ou almoçar no refeitório do câmpus.**Nome do(a) Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Questionário de Saúde do Adolescente**(O questionário deverá ser preenchido pelo responsável juntamente com o(a) estudante)**Data do preenchimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**1. Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kg IMC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kg/m2
2. Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m (preenchimento CSP)
3. Pratica atividade física? ( ) Sim ( ) Não

3.1 Quantas vezes por semana? ( )1x ( )2x ( )3 a 4x ( )≥5 x3.2 Duração? ( )40 minutos ( )≥1 hora ( )≥2 horas ( )≥3 horas1. Em média, dorme quantas horas por dia? ( )<4 horas ( )4 a 6 horas ( )>6 a 8 horas ( )> 8 horas
2. Qual foi a última vez que procurou por serviço de saúde e ou médico?

( )último mês ( )últimos 6 meses ( )últimos 12 meses5.1 Motivo? ( )Prevenção ( )Tratamento1. Fez algum tratamento medicamentoso no último ano? ( )Sim ( )Não
	1. Tratamento do quê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Possui algum tipo de patologia (doença)? ( )Sim ( )Não
	1. Qual (is)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Faz tratamento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Faz uso contínuo de algum medicamento? ( )Sim ( )Não
	1. Qual (is)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Quando foi a última vez que fez um exame de sangue?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Algum médico, no último ano, diagnosticou o adolescente com:

10.1 Hipercolesterolemia (aumento do colesterol)? ( )Sim ( )Não10.2 Hipertrigliceridemia (aumento dos triglicerídeos)? ( )Sim ( )Não10.3 Anemia? ( )Sim ( )Não1. Possui diabetes? ( )Sim ( )Não
	1. Qual tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Possui hipertensão (pressão alta)? ( )Sim ( )Não

Em relação aos hábitos alimentares:1. Com que frequência realiza o café da manhã por semana?

( )Nenhuma ( )1 a 2x ( )3 a 5x ( )>5x 1. Quantas refeições faz por dia?

( )1 ( )2 a 3 ( )4 a 6 ( )≥71. Com que frequência consome frutas por semana?

( )Nenhuma ( )1 a 3x ( )4 a 6x ( )≥71. Com que frequência consome legumes por semana?

( )Nenhuma ( )1 a 3x ( )4 a 6x ( )≥71. Com que frequência consome verdura de folha por semana?

( )Nenhuma ( )1 a 3x ( )4 a 6x ( )≥71. Deseja acrescentar alguma informação sobre a saúde do aluno? ( )Sim ( )Não
	1. Qual (is)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***As informações contidas neste formulário também servirão como base para adequação da*** ***alimentação fornecida pela Instituição, respeitado o sigilo e a não identificação do estudante.*** |