



Prefeitura do Município de Londrina

Secretaria Municipal de Educação

Assessoria Financeira/Gerência de Alimentação Escolar

ANAMNESE ALIMENTAR DE ALUNOS COM RESTRIÇÕES ALIMENTARES - 2025

Unidade Escolar: _____ Data Anamnese: ___/___/___

Nome completo do (a) Aluno (a): _____

Data Nascimento: ___/___/___ Turma: _____ Período: () matutino () vespertino () integral

Faz acompanhamento médico periódico: () não () sim – Especialidade: _____

Doenças relacionadas à alimentação:

Alergias Alimentares: () Não () Sim

() Leite de Vaca () Corantes () Ovo () Soja () Traços

() Carne Suína () Tomate () Frutas Cítricas () Castanhas/Oleaginosas

Outras: _____

Desde quando apresenta sintomas: _____

Outras doenças: () Não () Sim

() Anemia () Colesterol () Desnutrição () Diabetes () Dislipidemia

() Doença Celíaca () Obesidade () Intolerância à Lactose () Intolerância ao Glúten

Outras: _____

Desde quando apresenta sintomas: _____

Restrições Alimentares: () Não () Sim Quais: _____

Desde quando apresenta sintomas: _____

Leite ou Fórmula Infantil que consome: _____

Rotina alimentar (descrever alimentos/preparações que a criança consome em casa – horário/refeição):

Outras informações importantes: _____

Responsável pelas informações (nome e assinatura) **Data** _____/_____/_____