Prefeitura de Londrina
Secretaria Municipal de Educação – SME
Gerência de Alimentação Escolar - GAE

ANAMNESE ALIMENTAR – NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS 2026

Nome completo do aluno: _____ Data: _____ / _____ / _____

Data Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos _____ meses

Unidade escolar: _____Turma: _____ Período: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Integral

Responsável pelo aluno: _____ Grau de Parentesco: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor(a) / Outro: _____

Telefone: ( )_____ E-mail: _____

Faz acompanhamento médico periódico? ( ) Não ( ) Sim, qual especialidade: _____

1. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA:	Peso (kg):	Altura (m):

2. ALERGIAS ALIMENTARES	( ) Não ( ) Sim	( ) Leite ( ) Ovo ( ) Glúten ( ) Soja ( ) Corantes ( ) Tomate ( ) Oleaginosas/Castanhas ( ) Traços ( ) Outros: _____
	Desde quando apresenta sintomas:	

3. INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES	( ) Não ( ) Sim	( ) Lactose ( ) Glúten/hipersensibilidade ( ) Outros: _____
	Desde quando apresenta sintomas:	

4. NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS	( ) Não ( ) Sim	( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Doença Celíaca ( ) Renal ( ) Baixo Peso ( ) Colesterol / Triglicerídeos Alto ( ) Obesidade/Sobrepeso ( ) Outros: _____
	Desde quando apresenta sintomas:	

5. LEITE OU FÓRMULA INFANTIL	( ) Não ( ) Sim	( ) Leite de vaca ( ) Fórmula infantil 0-6 meses ( ) Fórmula infantil 6-12 meses ( ) Leite de Soja ( ) Leite sem lactose ( ) Leite vegetal ( ) Outros: _____
	Especificar o leite ou fórmula infantil:	
	Marca do Leite ou da Fórmula:	

6. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL – DIA EM CASA

Registrar alimentos e preparações com o máximo de especificidade: marca, quantidade e forma de apresentação.

HORÁRIO	REFEIÇÃO	ALIMENTO + PREPARAÇÃO DETALHADA	QUANTIDADE E/OU MEDIDA CASEIRA
:	**Café da Manhã**		
:	**Lanche da Manhã**		
:	**Almoço**		
:	**Lanche da Tarde**		
:	**Jantar**		
:	**Ceia**		

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: _____
_____
_____
_____

Assinatura do responsável: _____ Data: ____/____/_____