

## FICHA COMPLEMENTAR DE RESTRIÇÕES ALIMENTARES

Esta ficha será encaminhada, primeiramente, para o Serviço de Nutrição. Depois de coletadas as informações, será arquivada pela coordenação.

ESTUDANTE: \_\_\_\_\_

TURMA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_ ANO: 2021

O lanche coletivo do Instituto Capibaribe tem como objetivo: ensinar, incluir e alimentar. As restrições alimentares, sejam por problemas de saúde ou de caráter ético/religioso, serão respeitadas.

Na organização do cardápio dos que têm restrições alimentares, busca-se substituir o item a ser evitado por outro que mais se assemelhe ao cardápio dos demais. Sabendo que a dificuldade de substituição de alguns alimentos, costumeiramente, impõe repetição de cardápio, tanto no âmbito familiar quanto no social/escolar, consideramos que é muito importante a família comunicar à coordenação tão logo o/a estudante seja liberado/a da restrição.

**Solicitamos preencher, atentamente, as informações abaixo:**

1. O/A estudante tem restrição alimentar por motivo de saúde (alergias / intolerâncias), opção religiosa ou estilo de vida (vegetariana / vegana) ou outra? NÃO ( ) SIM ( )

2. Em caso afirmativo por motivo de saúde, assinale as restrições alimentares que seu filho/a apresenta:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Restrição a carboidrato (Diabetes)   | <input type="checkbox"/> Alergia a abacaxi   | <input type="checkbox"/> Alergia a castanha, amendoim e oleaginosas |
| <input type="checkbox"/> Alergia a leite e derivados (APLV)   | <input type="checkbox"/> Alergia a banana    |   |
| <input type="checkbox"/> Intolerância a lactose               | <input type="checkbox"/> Alergia a uva       | <input type="checkbox"/> Alergia a soja                             |
| <input type="checkbox"/> Alergia a ovo                        | <input type="checkbox"/> Alergia a mamão     | <input type="checkbox"/> Alergia a crustáceos                       |
| <input type="checkbox"/> Alergia a trigo, aveia etc (Celíaco) | <input type="checkbox"/> Alergia a abacate   | <input type="checkbox"/> Outro: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Alergia a corantes alimentares       | <input type="checkbox"/> Alergia a berinjela |   |

Qual o profissional que conduz o tratamento?

- Pediatra da criança  Gastropediatra  Alergologista  Nutricionista  
 Outro profissional. Qual? \_\_\_\_\_

3. Em caso de restrição por estilo de vida, assinale a que melhor se encaixa a realidade de seu filho/a:

Informações complementares para o Serviço de Nutrição:

- \_\_\_\_\_  
 Vegetariano  Vegano  
 Habitado/a ao consumo de líquidos não adoçados (sucos, iogurte natural, leite)  
 Outra: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

---

Assinatura do/a Responsável