



INSTITUTO FEDERAL
BAIANO

**COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS ESTUDANTIS – CAE
CAMPUS ITABERABA
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR ESPECIAL
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE
Nome:
Data de nascimento: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO CURSO: TURMA:
Turno em que frequenta o campus:
Frequenta outra modalidade de ensino: () Não () Sim. Qual? _____
Possui alguma restrição alimentar?: () Não () Sim. Qual? _____
OBRIGATÓRIO ANEXAR O LAUDO MÉDICO (em caso de restrição alimentar)
Data de recebimento do laudo no IF Baiano, <i>Campus Itaberaba</i> ____/____/____
Assinatura e carimbo do responsável pelo recebimento: _____

Obs: O laudo médico deverá especificar a alergia e/ou intolerância alimentar, doenças crônicas não transmissíveis, entre outras doenças.

CAMPO PARA PREENCHIMENTO DA CAE
Prescrição do laudo:
Receberá na unidade de ensino: Cardápio individualizado () SIM () NÃO
Data de recebimento do laudo na CAE:
Assinatura do responsável na CAE:

Elaborado por: Cássia Lorena Cavalcante
Nutricionista - CRN-5 4844

Validado por: Ozenice Silva
Diretora geral *pro tempore*

