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 ( ) Não  Se 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 ( ) Não  Se sim, qual formação/especialidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   * O (A) estudante não consome algum alimento por motivo religioso?   ( ) Sim ( ) Não  Qual (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 x  3.2 Duração? ( )40 minutos ( )≥1 hora ( )≥2 horas ( )≥3 horas   1. 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 meses  5.1 Motivo? ( )Prevenção ( )Tratamento   1. 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 ( )Não  10.2 Hipertrigliceridemia (aumento dos triglicerídeos)? ( )Sim ( )Não  10.3 Anemia? ( )Sim ( )Não   1. 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 ( )≥7   1. Com que frequência consome frutas por semana?   ( )Nenhuma ( )1 a 3x ( )4 a 6x ( )≥7   1. Com que frequência consome legumes por semana?   ( )Nenhuma ( )1 a 3x ( )4 a 6x ( )≥7   1. Com que frequência consome verdura de folha por semana?   ( )Nenhuma ( )1 a 3x ( )4 a 6x ( )≥7   1. 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.*** |