PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Tipo do documento	Protocolo	Emissão:	
Título do documento	**Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista**	Versão: 1	Próxima revisão:

EMEI/EMEF _____

DIÁRIO ALIMENTAR

Nome da criança: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ___/__/___

Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino

Relação do respondente com a criança: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/Avô ( ) Cuidador ( ) Outro: _____

Formulário preenchido por (nome completo): _____

DATA: ___/___/___

Refeição	**Horário**	**Alimento**	**Quantidade**

_____
Assinatura e carimbo da Direção