



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 _____

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFESSORES/DIREÇÃO

Nome da criança: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
Sexo da criança: () Masculino () Feminino
Formulário preenchido por (nome completo): _____ Data de hoje: ___/___/___
Por favor, preencha este questionário de acordo com a sua opinião sobre o comportamento alimentar do seu aluno. Caso tenha algum comentário adicional, pode anotar ao lado de cada item ou no final do questionário.
() Estranha textura e sabor de certos alimentos.
() Sente ânsia de vômito com alguma textura de alimento.
() Se engasga facilmente com a comida e cospe com frequência.
() Não gosta de escovar os dentes.
() Evita colocar alimentos na boca.
() Não percebe o sabor e a temperatura dos alimentos (ex. frio, quente, picante, muito salgado).
() Ao se alimentar enche demais a boca e não nota quando estão satisfeitos.
() Coloca tudo na boca.
() Gosta de sabores intensos de comida (ex. apimentado, temperado).
() Frequentemente coloca muitos alimentos de uma vez na boca.
() Apresenta dificuldades em perceber e diferenciar um gosto de outro (ex: não diferencia doce de salgado).

Assinatura e carimbo da Direção