

DADOS GERAIS DO ALUNO

NOME DO ALUNO

NOME DA MÃE DO ALUNO

 PERFIL DO ALUNO (QUANDO O PERFIL DO ALUNO FOR: **DEPENDENTE MENOR DE 16 ANOS** E **DEPENDENTE** OS CAMPOS: NOME DO TRABALHADOR, CPF E DATA DE NASCIMENTO SÃO OBRIGATORIOS.

 QUANDO O PERFIL DO ALUNO FOR **TRABALHADOR DA INDÚSTRIA** O CPF É OBRIGATORIO)

 COMUNIDADE COMUNIDADE COM PARCERIA INDÚSTRIA DEPENDENTE TRABALHADOR DA INDÚSTRIA DEPENDENTE MENOR DE 16 ANOS

NOME DO TRABALHADOR	DATA DE NASCIMENTO DO TRABALHADOR	CPF/CIC DO TRABALHADOR
---------------------	-----------------------------------	------------------------

ENTIDADE PARCEIRA

IDENTIDADE DO ALUNO	EMISSOR	CPF/CIC DO ALUNO	DATA DE NASCIMENTO DO ALUNO	CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO ALUNO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---------------------	---------	------------------	-----------------------------	---------------------------------	---

ENDEREÇO DO ALUNO (RUA, AV., Nº, COMPLEMENTO)

BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
-----------------	-----------	----

ZONA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA	CEP	TELEFONE (COM DDD)	
--	-----	--------------------	--

ESCOLARIDADE DO ALUNO

<input type="checkbox"/> ANALFABETO <input type="checkbox"/> ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL ATÉ A 4ª SÉRIE (1º GRAU) <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL DE 5ª A 8ª SÉRIE (1º GRAU) <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO	<input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> PÓS GRADUAÇÃO COMPLETA <input type="checkbox"/> PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETA
--	--

 COMO SOUBE DO PROGRAMA? ANÚNCIOS/CHAMADAS EM RÁDIOS ANÚNCIOS/CHAMADAS NA TELEVISÃO ANÚNCIO EM JORNAIS INFORMAÇÕES DE VIZINHOS

 INFORMAÇÕES DE ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS FILHO FOI INFORMADO NA ESCOLA OUTRO.QUAL?

INFORMAÇÕES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES

VOCÊ CONSUME LEGUMES E FRUTAS COM CASCAS, TALOS E RAMAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VOCÊ PROCURA VARIAR O CARDÁPIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VOCÊ TEM CONSUMIDO PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS COMO ENLATADOS E COMIDAS PRONTAS DIARIAMENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VOCÊ FREQUENTEMENTE FAZ AS REFEIÇÕES: <input type="checkbox"/> EM CASA <input type="checkbox"/> FORA DE CASA
---	--	---	---

VOCÊ TEM O HÁBITO DE INGERIR FRUTAS MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VOCÊ TEM O HÁBITO DE INGERIR DOCES MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
--	---

EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE / ALIMENTAÇÃO

EXPERIÊNCIA EM PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E/OU SAÚDE PÚBLICA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TEM HABILIDADE EM CULINÁRIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TEM INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE NUTRIÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

OBSERVAÇÕES
IDENTIFICAÇÃO (PARA PREENCHIMENTO DO DR)

NOME DO DR	UF
------------	----

DATA DO CADASTRO	DATA DE INÍCIO	HORÁRIO DE INÍCIO HORAS MIN	DATA DE TÉRMINO	TIPO DE UNIDADE <input type="checkbox"/> MÓVEL <input type="checkbox"/> SEMI-MÓVEL <input type="checkbox"/> FIXA
------------------	----------------	-----------------------------------	-----------------	---

 IDENTIFICAÇÃO DO CURSO
 10h 24h CURSO DCNT (DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS) OFICINA 4 h TURMINHA COZINHA 6 HROAS

CÓDIGO DA UNIDADE	IDENTIFICAÇÃO DA TURMA (NOME / CÓDIGO)	ENDEREÇO (RUA, AV., Nº, COMPLEMENTO) DO CURSO
-------------------	--	---

CONT. ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
-----------------	-----------	----