



## FICHA DE CANCELAMENTO OU SUSPENSÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR ESPECIAL

CAMPOS DE PREENCHIMENTO DA **UNIDADE DE ENSINO** (QUADROS 1, 2 E 3):

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO(A)	
Nome:	
Data nasc.:	___/___/____.

  

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ENSINO	
Unidade de Ensino:	

  

3. ASSINATURA E CARIMBO DA UNIDADE DE ENSINO	
Data preenchimento da Ficha:	___/___/____.
Carimbo e assinatura do(a) responsável da Unidade de Ensino	
_____	

**\*OBSERVAÇÃO:**

**Para o CANCELAMENTO ou SUSPENSÃO deverá anexar à esta Ficha:**

- Laudo Médico/Nutricional de LIBERAÇÃO da condição atestada anteriormente, e/ou;
- DECLARAÇÃO dos Pais ou Responsáveis pelo Aluno solicitando o Cancelamento/Suspensão.

CAMPOS PARA PREENCHIMENTO DA **EMPRESA TERCEIRIZADA** (QUADRO 4):

4. RECEBIMENTO DA FICHA PELA EMPRESA TERCEIRIZADA	
Data recebimento da Ficha:	___/___/____.
Carimbo e assinatura da Supervisora Responsável (empresa terceirizada):	

CAMPOS PARA PREENCHIMENTO DA **SECRETARIA DE EDUCAÇÃO** (QUADRO 5):

5. DADOS ESPECÍFICOS DA SOLICITAÇÃO	
Recebimento da Ficha na SME:	___/___/____.
Solicitação:	( ) Cancelamento      ( ) Suspensão Se SUSPENSÃO, prazo: ___/___/____.
Observações / Orientações:	
Carimbo e assinatura da Nutricionista Responsável:	