

IDENTIFICAÇÃO (PARA PREENCHIMENTO DO DR)						
NOME DO DR						UF
DATA DO CADASTRO	IDENTIFICAÇÃO DO CURSO <input type="checkbox"/> 10h <input type="checkbox"/> 24h	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	
CÓDIGO DA UNIDADE	IDENTIFICAÇÃO DA TURMA (NOME / CÓDIGO)		ENDEREÇO (RUA, AV., Nº, COMPLEMENTO) DO CURSO			
CONT. ENDEREÇO						
BAIRRO/DISTRITO			MUNICÍPIO	UF		

DADOS GERAIS DO ALUNO						
NOME DO ALUNO						
NOME MÃE DO ALUNO						
PERFIL DO ALUNO <input type="checkbox"/> COMUNIDADE <input type="checkbox"/> COMUNIDADE COM PARCERIA INDUSTRIA <input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> TRABALHADOR DA INDUSTRIA						
ENTIDADE PARCEIRA						
IDENTIDADE	EMISSOR	CPF/CIC	DATA DE NASCIMENTO	CERTIDÃO DE NASCIMENTO	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"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
<input type="checkbox"/> ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO
<input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL ATÉ A 4ª SÉRIE (1º GRAU)	<input type="checkbox"/> OUTRO (QUAL?)
<input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL DE 5ª A 8ª SÉRIE (1º GRAU)	
<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	
<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO	

COMO SOUBE DO PROGRAMA?	<input type="checkbox"/> ANÚNCIOS/CHAMADAS EM RÁDIOS	<input type="checkbox"/> ANÚNCIOS/CHAMADAS NA TELEVISÃO	<input type="checkbox"/> ANÚNCIO EM JORNAIS	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÕES DE VIZINHOS
	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÕES DE ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS	<input type="checkbox"/> FILHO FOI INFORMADO NA ESCOLA	<input type="checkbox"/> OUTRO.QUAL?	

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

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

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

OBSERVAÇÕES