Conselho Regional de Nutricionistas
4ª Região

Nº Processo
(Para uso do CRN-4)

CRECHE/ESCOLA

TIPO DE ESTABELECIMENTO CRECHE ESCOLA

TOTAL DE USUÁRIOS ☐☐☐☐

USUÁRIOS QUE RECEBEM ALMOÇO E/OU JANTAR ☐☐☐☐

NÚMERO E TIPO DE REFEIÇÕES

USUÁRIOS	NÚMERO	FUNCIONÁRIOS	
DESJEJUM	☐☐☐☐	DESJEJUM	☐☐☐☐
COLAÇÃO	☐☐☐☐	COLAÇÃO	☐☐☐☐
ALMOÇO	☐☐☐☐	ALMOÇO	☐☐☐☐
MERENDA	☐☐☐☐	MERENDA	☐☐☐☐
JANTAR	☐☐☐☐	JANTAR	☐☐☐☐
CEIA	☐☐☐☐	CEIA	☐☐☐☐

DAS REFEIÇÕES ACIMA, INDICAR
Nº DE MAMDEIRAS PRODUZIDAS ☐ ☐ ☐ ☐

EXISTE LACTÁRIO?
SIM NÃO

OBSERVAÇÕES

NOME E ASSINATURA DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO DA UNIDADE

DATA ☐☐ ☐☐ ☐☐