PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
EDUCAÇÃO

ACOMPANHAMENTO MENSAL DE REFEIÇÃO - EDUCAÇÃO INFANTIL

Mês: _____ /_____.

Unidade Educativa: _____

DATA	NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS								TOTAL DIÁRIO
	MANHÃ				TARDE				
	Lanche	Repetição	Almoço	Repetição	Lanche	Repetição	Janta.	Repetição	
1									0
2									0
3									0
4									0
5									0
6									0
7									0
8									0
9									0
10									0
11									0
12									0
13									0
14									0
15									0
16									0
17									0
18									0
19									0
20									0
21									0
22									0
23									0
24									0
25									0
26									0
27									0
28									0
29									0
30									0
31									0
TOTAL	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

OBS. Favor entregar até o 5° dia útil do mês subsequente.

Florianópolis. ____/____/20____. Responsável pelo preenchimento: _____

Ass. do(a) Diretor(a) com carimbo: _____