**TESTE DE ACEITABILIDADE**

PRODUTO:

NOME NA FICHA:

FORNECEDOR:

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

DATA:

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL:

|  |
| --- |
| **RESULTADO** |
| Adorei: |  | Gostei: |  | Indiferente: | Não gostei: | Detestei: | Rasuradas e/ou incompletas: |
| Soma  |  | Soma |  |
| **Total de alunos participantes:** |  | **Quantidade de turmas:** | **% DE ACEITAÇÃO** |