**REGISTRO DA REALIZAÇÃO DO TESTE DE ACEITABILIDADE**

Produto:

Fornecedor:

Data:

Local:

Endereço:

Responsável pela realização do teste:

Teste utilizado:

Escala hedônica (X) Resto-Ingestão (avaliação de restos) ( )

Número de escolares que participaram do teste: \_\_\_\_\_\_\_

Turmas participantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado obtido: ( ) APROVADO ( ) REPROVADO

Percentual de Aceitabilidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do diretor da escola

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela aplicação do teste