

## SERVIÇO DE REFEIÇÕES

### PEDIDO DE DIETAS ALTERNATIVAS

ANO LETIVO \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_

Agrupamento de Escolas/Escola não Agrupada: \_\_\_\_\_

Tipo de dieta :

Alergias e/ou intolerâncias alimentares

Vegetariana

Étnica/Religiosa

Alimentos a excluir da ementa :

Carne  Tipos : \_\_\_\_\_

Peixe

Mariscos

Ovo

Lactose (Leite e derivados)

Soja

Glúten

Fruta  Tipos : \_\_\_\_\_

Chocolate

Outros : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Encarregado de Educação

Anexo 1

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

DIETAS ALTERNATIVAS

ANO LETIVO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu (nome) \_\_\_\_\_ portador do documento de identificação pessoal nº \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno (nome) \_\_\_\_\_, a frequentar o \_\_\_\_ ano, da turma \_\_\_\_\_, do Agrupamento de Escolas/Escola Não agrupada \_\_\_\_\_, DECLARO :

- que o meu educando necessita de uma **dieta específica por motivos de alergias e/ou intolerâncias alimentares**, e que esta declaração só é válida acompanhada de declaração médica atualizada, comprovativa da situação clínica do aluno.

- Interesse em que o meu educando beneficie de uma **dieta vegetariana**

- Interesse em que o meu educando beneficie de alteração da ementa por **motivos étnicos/religiosos**

- tomar conhecimento que esta declaração é válida até ao final do presente ano letivo.

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Encarregado de Educação)

O encarregado de educação \_\_\_\_\_ entregou no Agrupamento de Escolas/Escola Não agrupada \_\_\_\_\_, declaração de interesse de dietas alternativas, referentes ao aluno (nome) \_\_\_\_\_, a frequentar o \_\_\_\_ ano, da turma \_\_\_\_\_.

Aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O responsável \_\_\_\_\_