

PEDIDO DE ALIMENTAÇÃO ALTERNATIVA

Dados do/a Aluno/a

Nome completo do aluno/a:

Nº Processo:

Ano Escolar:

Ano Letivo:

Estabelecimento de ensino:

Tipo de alimentação alternativa

(colocar um x)

☐	Alergia e/ou intolerância alimentar
☐	Vegetariana
☐	Étnica/Religiosa*
☐	Outra por motivos de saúde

*Alimentos a excluir da ementa

☐		Carne	Tipo:	
☐		Peixe	Tipo:	
☐		Mariscos	Tipo:	
☐		Ovo		
☐		Leite e derivados (lactose)		
☐		Soja		
☐		Alimentos com glúten		
☐		Fruta	Tipo:	
☐		Chocolate		
☐		Outro	Qual:	
☐		Outro	Qual:	
☐		Outro	Qual:	

Declaração de Interesse do/a encarregado/a de educação

Declara que:

- ☐ 1) O meu educando necessita de uma alimentação específica por motivo de alergias e/ou intolerâncias alimentares, e que esta declaração só é válida acompanhada de declaração médica atualizada, comprovativa da situação clínica do aluno/a.
- ☐ 2) Pretendo que o meu educando beneficie de uma alimentação vegetariana.
- ☐ 3) Pretendo que o meu educando beneficie de alteração da ementa por motivos étnicos/religiosos.
- ☐ 4) Pretendo que o meu educando beneficie de alimentação específica por outros motivos de saúde, temporários ou permanentes, e que esta declaração só é válida acompanhada de declaração médica comprovativa e atualizada.
- ☐ 5) Tomo conhecimento que esta declaração de interesse é válida até ao final do presente ano letivo, e deve ser renovada anualmente.

Data: __/__/__, O/A Encarregado de Educação: _____