

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)

<input type="checkbox"/>	Alergia e/ou intolerância alimentar
<input type="checkbox"/>	Vegetariana
<input type="checkbox"/>	Étnica/Religiosa*
<input type="checkbox"/>	Outra por motivos de saúde

***Alimentos a excluir da ementa**

<input type="checkbox"/>	Carne	Tipo:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Peixe	Tipo:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Mariscos	Tipo:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ovo		
<input type="checkbox"/>	Leite e derivados (lactose)		
<input type="checkbox"/>	Soja		
<input type="checkbox"/>	Alimentos com glúten		
<input type="checkbox"/>	Fruta	Tipo:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Chocolate		
<input type="checkbox"/>	Outro	Qual:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Outro	Qual:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Outro	Qual:	<input type="text"/>

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: _____