PEDIDO DE ALIMENTAÇÃO ALTERNATIVA

Ano Letivo_____

Estabelecimento de Ensino: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: _____

Turma: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Nome do Encarregado de Educação: _____

Contacto telefónico: _____ Email: _____

TIPO DE ALIMENTAÇÃO PRETENDIDA:

Vegetariana ☐

Ovo-lacto-vegetariana ☐

Étnico/Religiosa ☐

Especificar: _____

Alergia ou Intolerância Alimentar * ☐

Especificar: _____

Outra * ☐

Especificar: _____

**** necessário entregar declaração médica atualizada comprovativa da situação clínica do aluno relativamente às alergias, intolerâncias alimentares ou outro tipo de dieta necessária.***

Torres Novas, _____ de _____ de _____

O Encarregado de Educação

_____