

## PEDIDO DE ALIMENTAÇÃO ALTERNATIVA

Ano Letivo 20\_\_ / 20\_\_

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

\_\_\_\_\_