



DECLARAÇÃO DE PEDIDO DE DIETA ALTERNATIVA

Eu (nome) _____ portador do documento de identificação pessoal n° _____, válido até ____/____/____ encarregado de educação do aluno (nome) _____ a frequentar o ____ ano na turma _____, da Escola _____ do Agrupamento de Escolas _____

Declaro que o meu educando necessita de:

(coloque na opção pretendida)

- Dieta específica por motivos de **alergias e/ou intolerâncias alimentares** esta declaração só é válida acompanhada de **declaração médica atualizada**, comprovativa da situação clínica do aluno.

- Dieta **vegetariana**

- Dieta específica por **motivos étnicos/religiosos**, estando-lhe interditos os seguintes alimentos:

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

Data: ____/____/____ _____

(Assinatura do Encarregado de Educação)



O encarregado de educação (nome) _____ entregou no Agrupamento de Escolas _____ declaração de pedido de dieta alternativa, referente ao aluno (nome) _____ a frequentar o ____ ano, na turma _____, da Escola _____

Data: ____/____/____ _____

O responsável