



nº reg.:	
data:	



**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE DIETA ESPECÍFICA**  
**Jardim-de-Infância /1º CEB**

Ano Letivo...../.....

A preencher pelos Serviços	
Data	Recebido

**Escola**

<b>Nome do Aluno</b>
<b>Estabelecimento de Ensino</b>
<b>Ano:</b> JI <input type="checkbox"/> 1ºano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano <input type="checkbox"/> 4º ano <input type="checkbox"/> <b>Turma:</b> _____

O aluno possui alergias ou intolerâncias alimentares? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se respondeu sim, indique os alimentos envolvidos	Tipo
Carne	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>
Mariscos	<input type="checkbox"/>
Moluscos (lula, choco, polvo)	<input type="checkbox"/>
Ovo	<input type="checkbox"/>
Lactose (leite, iogurtes)	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>
Glúten	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>
Chocolate	<input type="checkbox"/>
Outros:	

O aluno necessita de alguma dieta específica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se respondeu sim, especifique o tipo de dieta:
Outros:

**Nota:** este formulário só será considerado válido se for acompanhado de declaração médica actualizada, comprovativa da situação clínica do aluno relativamente às alergias, intolerâncias alimentares ou tipo de dieta necessária. A declaração médica deverá ser entregue até 2 semanas antes do início do ano letivo.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **O Encarregado de Educação**.....