



| | |
|----------|--|
| nº reg.: | |
| data: | |



Pedido de Dieta Específica
Jardim-de-Infância /1º CEB

Ano Letivo

| A preencher pelos Serviços | |
|----------------------------|----------|
| Data | Recebido |
| | |

I- Identificação da Criança

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

II- Motivo da Dieta Específica

| | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Vegetariana** | <input type="checkbox"/> | Étnico/Religioso** | <input type="checkbox"/> |
| Alergia ou intolerância alimentar* <input type="checkbox"/> | | | |

* Necessário anexar comprovativo médico
**Sujeito a aprovação

| No caso de alergias ou intolerâncias alimentares, 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: | |

Nota: esta ficha só será considerada válida se for acompanhada 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.

Condeixa-a-Nova, de de 20.....

O Encarregado de Educação.....