

SERVIÇO DE REFEIÇÕES

PEDIDO DE DIETAS ALTERNATIVAS

ANO LETIVO ____ / ____

Nome do(a) aluno(a): _____

Nº: ____ Ano: ____ Turma: ____

Agrupamento de Escolas/Escola não Agrupada: _____

Tipo de dieta :

Alergias e/ou intolerâncias alimentares

Vegetariana

Vegetariana, caso o aluno adquira a correspondente senha com antecedência mínima de 72 horas

Étnica/Religiosa

Alimentos a excluir da ementa :

Carne Tipos : _____

Peixe

Mariscos

Ovo

Lactose (Leite e derivados)

Soja

Glúten

Fruta Tipos : _____

Chocolate

Outros : _____

Data : ____ / ____ / ____

Assinatura do Encarregado de Educação