

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