

SERVIÇO DE REFEIÇÕES

PEDIDO DE DIETAS ALTERNATIVAS

ANO LETIVO ____ / ____

Nome do(a) aluno(a): _____

N.º: ____ Ano: ____ Turma: ____

Agrupamento de Escolas: _____

Tipo de dieta pretendida:

Alergias e/ou intolerâncias alimentares ☐

Vegetariana sempre ☐

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: _____

Frutos de casca rija ☐ Quais: _____

Chocolate ☐

Outros: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Encarregado de Educação