



## 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