

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

DIETAS ALTERNATIVAS

ANO LETIVO /

Eu (nome)

portador do documento de identificação pessoal nº

, válido até , com número de identificação fiscal

, encarregado de educação da criança ou aluno (nome)

a

frequentar o grupo / a turma , do/a Jardim-de-Infância / Escola,

DECLARO :

que o meu educando necessita de uma dieta específica por motivos de alergias e/ou intolerâncias alimentares, obrigatoriamente acompanhada de atestado médico atualizado, comprovativo da situação clínica do aluno .

interesse em que o meu educando beneficie de uma dieta vegetariana durante **todo o ano letivo** supracitado

interesse em que o meu educando beneficie de alteração da ementa por motivos étnicos/religiosos, sendo impedido o consumo dos seguintes alimentos:

Tomar conhecimento que esta declaração é válida até ao final do presente ano letivo.

Data

(Assinatura do Encarregado de Educação)