

# Pedido de Dieta Alternativa

*Especificação da dieta a servir no refeitório escolar*

Este pedido especifica a dieta alternativa a servir ao aluno e acompanha a **Declaração de Interesse**. Preencha em letra legível e entregue ambos os documentos na Secretaria, ao Assistente Técnico Rúben Fragata.

- Alunos menores: preenchido e assinado pelo encarregado de educação.
- Dieta por motivo de saúde: anexar declaração médica com o diagnóstico e a lista de alimentos a excluir.
- A dieta só é servida após validação pela Direção e comunicação à entidade que confeciona as refeições.

## 1. IDENTIFICAÇÃO

|                                |                                      |                                    |                                    |                                   |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Nome completo</b>           |                                      |                                    |                                    |                                   |
| <b>N.º de processo</b>         |                                      | <b>Ano / Turma</b>                 |                                    | <b>N.º</b>                        |
| <b>Encarregado de educação</b> |                                      |                                    | <b>Contacto</b>                    |                                   |
| <b>Tipo de pedido</b>          | <input type="checkbox"/> Novo pedido | <input type="checkbox"/> Renovação | <input type="checkbox"/> Alteração | <input type="checkbox"/> Cessação |

## 2. DIETA PRETENDIDA

### A. Dieta por motivo de saúde (obrigatória a declaração médica)

| Situação                                      | Assinalar                | Especificar |
|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Alergia alimentar                             | <input type="checkbox"/> |             |
| Intolerância alimentar (ex.: lactose, glúten) | <input type="checkbox"/> |             |
| Doença celíaca                                | <input type="checkbox"/> |             |
| Diabetes                                      | <input type="checkbox"/> |             |
| Outra situação clínica                        | <input type="checkbox"/> |             |

Em caso de alergia, existe risco de reação grave (anafilaxia)? ☐ Sim ☐ Não

O aluno tem medicação de emergência prescrita (ex.: autoinjeter de adrenalina)? ☐ Sim ☐ Não

### B. Dieta por opção ou convicção

| Dieta                                          | Assinalar                |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| Vegetariana (sem carne nem peixe)              | <input type="checkbox"/> |
| Ovolactovegetariana (inclui ovos e laticínios) | <input type="checkbox"/> |
| Sem carne de porco                             | <input type="checkbox"/> |
| Sem carne de vaca                              | <input type="checkbox"/> |

| Dieta                                        | Assinalar                |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| Outra (motivo religioso, étnico ou cultural) | <input type="checkbox"/> |

### C. Alimentos a excluir

Indique todos os alimentos ou ingredientes que o aluno não pode ou não deve consumir:

---



---



---

### D. Outras observações relevantes

---



---

## 3. PERÍODO E DOCUMENTOS ANEXOS

|                   |                                                                                                  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Período           | <input type="checkbox"/> Todo o ano letivo <input type="checkbox"/> De ___/___/___ a ___/___/___ |
| Declaração médica | <input type="checkbox"/> Anexa <input type="checkbox"/> Não aplicável                            |
| Outros documentos |                                                                                                  |

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que comunicarei à Secretaria, por escrito, qualquer alteração. Tomei conhecimento de que a dieta não pode ser alterada sem essa comunicação.

Amora, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
O(A) Encarregado(a) de Educação

\_\_\_\_\_  
O(A) Aluno(a)

## RESERVADO AOS SERVIÇOS

|                                  |                                                                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Data de receção                  |                                                                       |
| Recebido por                     |                                                                       |
| Declaração de Interesse entregue | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não             |
| Documentação completa            | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em falta: _____ |