

[A PREENCHER PELO REQUERENTE]

| Grau de Ensino | Ano letivo |
|----------------|------------|
| Pré-Escolar | |
| 1º Ciclo | |

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Estabelecimento de Ensino: | Ano e turma: |
| Nome completo do aluno(a): | |
| Nome do encarregado de educação: | |
| Contacto telefónico: | Email: |

Assinale com um X e especifique o tipo de Dieta

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia (deve anexar a respetiva prescrição médica) | |
| <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar (deve anexar a respetiva prescrição médica) | |
| Identificação dos alimentos que o aluno não pode ingerir: | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Motivos étnicos, religiosos, culturais ou ideológicos (deve anexar declaração sob compromisso de honra assinada pelo encarregado de educação) | |
| Identificação dos alimentos que o aluno não pode ingerir: | |

| |
|--|
| Assinatura do Encarregado de Educação: |
|--|

Estarreja, ____ de ____ de _____

(Entregar na Subunidade de Atendimento ao Múncipe ou enviar para educacao@cm-estarreja.pt)

ÂMBITO PORMENORIZADO
DISPONÍVEL PARA CONSULTA
EM WWW.CM-ESTARREJA.PT
CERTIFICADO DE CONFORMIDADE
PT 13/04497**CÂMARA MUNICIPAL DE ESTARREJA**
PRAÇA FRANCISCO BARBOSA
APARTADO 132
3864-909 ESTARREJAT +351 234 840 600
F +351 234 840 607
NIPC 501 190 082GERAL@CM-ESTARREJA.PT
WWW.CM-ESTARREJA.PTPÁG. 01
MOD.EDU.055/00