



MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ
CÂMARA MUNICIPAL
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO E ASSUNTOS SOCIAIS
SERVIÇO DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

DIETAS ALTERNATIVAS

ANO LETIVO 2025/26

Eu (nome) _____ portador do documento de identificação pessoal n.º _____, válido até ___/___/___, encarregado de educação do aluno/a (nome) _____, a frequentar o ___ ano, da turma _____, da Escola _____, **DECLARO:**

- Que o meu educando necessita de uma **dieta específica por motivos de alergias e/ou intolerâncias alimentares**, e que esta declaração só é válida acompanhada de declaração médica atualizada, comprovativa da situação clínica do aluno.
- Dar autorização a que o meu educando opte por **refeição vegetariana**, mediante a aquisição prévia da correspondente senha.
- Interesse em que o meu educando beneficie de alteração da ementa **por motivos étnicos/religiosos**.
- Tomar conhecimento que esta declaração é válida até ao final do presente ano letivo.

Data : ___/___/___

(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)



O encarregado de educação _____ entregou na Escola _____, declaração de interesse de dietas alternativas, referente ao aluno/a (nome) _____, a frequentar o ___ ano, da turma _____.

Data : ___/___/___

(Assinatura do(a) Encarregado (a) de Educação)