

Agrupamento de Escolas Dr. Vieira de Carvalho

Ano Letivo 2024/2025

**DECLARAÇÃO DE INTERESSE**

**DIETAS ALTERNATIVAS**

# ANO LETIVO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Eu (nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do documento de identificação pessoal nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, válido até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, encarregado de educação do aluno (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a frequentar o \_\_\_\_ ano, da turma \_\_\_\_\_, da Escola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Agrupamento de Escolas Dr. Vieira de Carvalho, 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.

* Interesse em que o meu educando beneficie unicamente de uma **dieta vegetariana**

* Dar autorização a que o meu educando opte por **refeição vegetariana**, mediante a aquisição prévia da correspondente senha, com antecedência mínima de 72 horas

* 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 Encarregado de Educação)*