

[A PREENCHER PELO REQUERENTE]

Grau de Ensino	Ano letivo
Pré-Escolar	
1º Ciclo	

Estabelecimento de Ensino	Ano/Turma
Nome completo do aluno(a)	
Contacto telefónico direto:	Email:

Assinale com um X e especifique o tipo de Dieta

<input type="checkbox"/> Alergias/intolerâncias alimentares (deve anexar a respetiva prescrição médica)	
Identificação dos alimentos que o aluno não pode ingerir	

<input type="checkbox"/> Motivos étnicos, religiosos, culturais ou ideológicos	
Identificação dos alimentos que o aluno não pode ingerir	

Documentos anexos: Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Quais?
Assinatura do Encarregado de Educação:				

Estarreja, ___ de ___ de _____

O Requerente, _____

(Entregar na Subunidade de Atendimento ao Múncipe ou enviar para



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 ESTARREJA

T +351 234 840 600
F +351 234 840 607
NIPC 501 190 082

GERAL@CM-ESTARREJA.PT
WWW.CM-ESTARREJA.PT

PÁG. 01 / 02
MOD.EDU.009/00