



**Serviço de Apoio Família/Refeições escolares – Alteração da ementa por motivos de
saúde e/ou étnicos/religiosos**

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS _____

ESTABELECIMENTO ESCOLAR _____

CRIANÇA/ALUNO: _____

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO: _____

CONTACTO (Telefone ou Telemóvel):_

E-MAIL : _____

MOTIVOS DA ALTERAÇÃO DA EMENTA:

Motivos de Saúde (anexar declaração médica)

Motivos Étnico/Religiosos

MENCIONE OS ALIMENTOS A RETIRAR NA ALIMENTAÇÃO DO SEU EDUCANDO	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

TERMO DE RESPONSABILIDADE _____

Declaro que assumo inteira responsabilidade pela exatidão dos dados constantes neste impresso.

Data: __/__/____

Assinatura: _____