TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA VARHAISKASVATUKSESSA, PERUSOPETUKSESSA JA LUKIOSSA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lapsen/Oppilaan nimi | | | | Syntymäaika | | |
| Päivähoitopaikka/Koulu, **syksyllä aloitettaessa** | | | | Ryhmä/Luokka, **syksyllä aloitettaessa** | | |
| Huoltaja/huoltajat | | | | Puhelinnumero | | |
|  | | | |  | | |
| Oppilaan puhelin numero | | |  | | | |
| **Erityisruokavalio terveydellisistä syistä** (edellyttää lääkärinlausuntoa)  Diabetes (henkilökohtainen ateriasuunnitelma liitteeksi)  Keliakia (Gluteeniton ruokavalio sisältää gluteenitonta kauraa)  Muu vaativa erityisruokavalio, mikä?  Laktoositon ruokavalio  Maidoton ruokavalio  Ruoka-aineallergia: ruokailua varten ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita. | | | | | | |
| Ruoka-aine: | | Ei saa tarjota tuotteita, joissa merkintä ”saattaa sisältää pieniä määriä” | | | Soveltuu kypsennettynä | Vakavan yliherkkyysreaktion vaara (anafylaksia) |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  | Kaavakkeen tullessa täyteen, jatka takasivulle |
| Päiväys      / | Terveydenhoitajan /tarvittaessa lääkärin allekirjoitus | | | | | |
|  | Nimen selvennys tai leima | | | | | |

|  |
| --- |
| *Lomake palautetaan omaan kouluun tai päiväkotiin.* Todistus on voimassa määräaikaisesti, ***ruoka-allergioiden osalta yhden vuoden*** |