



TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA VARHAISKASVATUKSESSA,  
PERUSOPETUKSESSA JA LUKIOSSA

Lapsen/Oppilaan nimi		Syntymäaika	
Päivähoitopaikka/Koulu, <b>syksyllä aloitettaessa</b>		Ryhmä/Luokka, <b>syksyllä aloitettaessa</b>	
Huoltaja/huoltajat		Puhelinnumero	
Oppilaan puhelin numero			
<p><b>Erityisruokavalio terveydellisistä syistä</b> (edellyttää lääkärinlausuntoa)</p> <input type="checkbox"/> Diabetes (henkilökohtainen ateriasuunnitelma liitteeksi) <input type="checkbox"/> Keliakia (Gluteeniton ruokavalio sisältää gluteenitonta kauraa) <input type="checkbox"/> Muu vaativa erityisruokavalio, mikä? <input type="checkbox"/> Laktoositon ruokavalio <input type="checkbox"/> Maidoton ruokavalio <input type="checkbox"/> 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 kypsennetty nä	Vakavan yliherkkyysoire on vaara (anafylaksia)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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**