

TODISTUS ERITYISRUOKAVALIOTARPEESTA

| | |
|---------------------------------------|--|
| Lapsen/ oppilaan nimi: | Syntymäaika: |
| Päiväkoti/ koulu / perhepäivähoitaja: | Missä luokassa / päiväkotiryhmässä lapsi on: |
| Huoltajien nimet: | Huoltajien puhelinnumerot: |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Pysyvä erityisruokavalioilmoitus: Lääkärintodistus vaaditaan

_____ Diabetes (oma ateriasuunnitelma liitteenä)
 _____ Keliakia (gluteeniton kaura sopii)
 _____ Keliakia (kaura ei sovi)
 _____ Keliakia (gluteiiniton vehnätärkkelys ei sovi)
 _____ Maidoton
 _____ Laktoositon

Ruoka-allergia:
 Ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita.

| Ruoka-aine: | Oire: |
|-------------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Adrenaliiniruiske varalääkkeenä KYLLÄ _____ EI _____
 Ruoka-allergioiden osalta todistus päivitetään vuosittain syksyllä.
 Pyydämme todistuksen palautusta mahdollisimman pian kouluissa oppilaista terveydenhoitajalle ja päiväkodeissa lapsista päiväkotiin.

Päiväys _____, 20____ (Huoltaja)
 Päiväys _____, 20____ (Terveydenhoitaja)

