

TODISTUS ERITYISRUOKAVALIOTARPEESTA

Lapsen/ oppilaan nimi
Päiväkoti ja ryhmä tai koulu ja luokka
Huoltajien yhteystiedot (nimi, sähköposti ja puhelinnumero)

Pysyvä erityisruokavalioilmoitus, lääkärintodistus vaaditaan

- _____ Diabetes
_____ Gluteeniton
_____ Gluteeniton, kaura sopii
_____ Maidoton

Ruoka-allergiaa aiheuttavat ruoka-aineet, lääkärintodistus vaaditaan

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)