

TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA VARHAISKASVATUKSESSA,  
PERUSOPETUKSESSA JA LUKIOSSA

Lapsen/Oppilaan nimi	Syntymäaika																								
Päivähoitopaikka/Koulu	Ryhmä/Luokka																								
Huoltaja/huoltajat	Puhelinnumero																								
Oppilaan puhelin numero																									
<p>Tarvittava erityisruokavalio:</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes (tarvittaessa yksilöllinen ruokavalio-ohje liitteeksi)</p> <p><input type="checkbox"/> Keliakiaruokavalio <input type="checkbox"/> voi käyttää gluteenitonta kauraa</p> <p><input type="checkbox"/> Muu vaativa erityisruokavalio, mikä?</p> <p><input type="checkbox"/> Vähälaktoosinen (= sietää pieniä määriä laktoosia)</p> <p><input type="checkbox"/> Laktoositon (= ei siedä lainkaan laktoosia)</p> <p><input type="checkbox"/> Ruoka-aineallergia: ruokailua varten ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita.</p> <table><thead><tr><th>Ruoka-aine: raaka(R )/kypsä (K)</th><th>oire</th><th>Onko saanut anafylaksian</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p style="text-align: right;">Kaavakkeen tullessa täyteen, jatka takasivulle</p>		Ruoka-aine: raaka(R )/kypsä (K)	oire	Onko saanut anafylaksian	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Ruoka-aine: raaka(R )/kypsä (K)	oire	Onko saanut anafylaksian																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
_____	_____	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/> Osallistun 0-2 lk iltapäivähoitoon																									
Päiväys	Terveydenhoitajan /tarvittaessa lääkärin allekirjoitus																								
/	Nimen selvennys tai leima																								

Todistus on voimassa määräaikaaisesti, **ruoka-allergioiden osalta yhden vuoden**