

TODISTUS ERITYISRUOKAVALION KOKEILUSTA VARHAISKASVATUKSESSA,
PERUSOPETUKSESSA JA LUKIOSSA

Lapsen/Oppilaan nimi	Syntymäaika
Päivähoitopaikka/Koulu	Ryhmä/Luokka
Huoltaja/huoltajat	Puhelinnumero
Kirjataan kokeiltava ruoka-aine ja kokeilun alku- ja päättymispäivä / Kokeilu aloitetaan / Kokeilu lopetetaan Toimita tieto päiväkodin henkilökunnalle / opettajalle Testattava erityisruokavalio: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Päiväys /	Terveydenhoitajan /tarvittaessa lääkärin allekirjoitus Nimen selvennys tai leima