TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA VARHAISKASVATUKSESSA, PERUSOPETUKSESSA JA LUKIOSSA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lapsen/Oppilaan nimi | | | | | Syntymäaika | |
| Päivähoitopaikka/Koulu, **syksyllä aloitettaessa** | | | | | Ryhmä/Luokka, **syksyllä aloitettaessa** | |
| Huoltaja/huoltajat | | | | | Puhelinnumero | |
|  | | | | |  | |
| Oppilaan puhelin numero | | | |  | | |
| Tarvittava erityisruokavalio:  Diabetes (tarvittaessa yksilöllinen ruokavalio-ohje liitteeksi)  Keliakiaruokavalio □ voi käyttää gluteenitonta kauraa  Muu vaativa erityisruokavalio, mikä?  Laktoositon (= ei siedä lainkaan laktoosia)  Ruoka-aineallergia: ruokailua varten ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita. | | | | | | |
| Ruoka-aine: raaka(R )/kypsä (K) | |  | oire | | | Onko saanut anafylaksian |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | | Kaavakkeen tullessa täyteen, jatka takasivulle |
| Osallistun 0-2 lk **iltapäivähoitoon** | |  |  | | |  |
| Päiväys      / | Terveydenhoitajan /tarvittaessa lääkärin allekirjoitus | | | | | |
|  | Nimen selvennys tai leima | | | | | |

|  |
| --- |
| *Lomake palautetaan omaan kouluun tai päiväkotiin, missä on tällä hetkellä*  Todistus on voimassa määräaikaisesti, ***ruoka-allergioiden osalta yhden vuoden*** |