

**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>		
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"/>
		Kaavakkeen tullessa täyteen, jatka takasivulle
<input type="checkbox"/> Osallistun 0-2 lk iltapäivähoitoon		
Päiväys	Terveystieteiden keskuksen /tarvittaessa lääkärin allekirjoitus	
	Nimen selvitys tai leima	

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



Tarvittavat lisätiedot: