



ILMOITUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA päivähoito / koulu

lapsen / oppilaan nimi	syntymäaika (xx/xx/xxxx)
päiväkoti / koulu	ryhmä / luokka

Pysyvä erityisruokavalio (kertaalleen toimitettu selvitys ja lääkärintodistus riittää)

- Diabetes
 Keliakia käyttää kauraa / ei käytä kauraa (ympyröi sopiva vaihtoehto)
 Laktoositon

Määräaikainen erityisruokavalio: Tarkistetaan joka syksy lukuvuoden alkaessa

- Ruoka-aineallergia, jossa vaikeita oireita
 Adrenaliiniruiske varalääkkeenä

Kielletty ruoka-aine	Oire

Ilmoita kaikki muutokset koulun terveydenhoitajalle, joka vastaa niiden ilmoittamisesta keittiölle

Todistus on voimassa _____/20_____ asti

Muu yleisruokavalion muutos,

mikä? _____

_____/_____/20_____

allekirjoitus ja nimenselvennys

_____/_____/20_____

terveydenhoitajan/lääkärin allekirjoitus