**ILMOITUS ERITYISRUOKAVALIOSTA**

Toimitetaan jokaisen syyslukukauden/toimintakauden alussa kouluterveydenhoitajalle/päivähoitoon.

|  |
| --- |
| Nimi: |
| Päivähoitopaikka/koulu/oppilaitos: |
| Ryhmä/luokka: | [ ]  Kuuluu henkilökuntaan |
| Hoitaja/opettaja: |
| Hoitava lääkäri ruoka-aineallergia-asioissa: | Viimeisin kontakti pvm: |

**ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ**

**Ruoka-aineyliherkkyys tai allergia**

|  |  |
| --- | --- |
| Merkittäviä tai hengenvaarallisia oireita aiheuttava ruoka-aine | Oireen vaikeusaste |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

[ ]  **Laktoosi-intoleranssi**

[ ]  **Keliakia**
 [ ]  Käyttää gluteenitonta kauraa
 [ ]  Ei käytä gluteenitonta kauraa

[ ]  **Diabetes**
 [ ]  Tarvitsee valmiiksi annostellun lounasruoan (liitä mukaan ateriasuunnitelma!)
 [ ]  Hakee tarvittaessa välipalan keittiöstä
 [ ]  Ei aiheuta toimenpiteitä kouluruokailussa

**EETTISET/USKONNOLLISET SYYT**

[ ]  Ei veri- tai sisäelinruokia

[ ]  Ei sianlihaa

[ ]  Lakto-ovo-vegetaarinen kasvisruokavalio (sisältää kananmunaa ja maitotuotteita)’

|  |
| --- |
| Lisätietoja:  |

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Huoltajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terveydenhoitajan/lääkärin allekirjoitus ja puhelin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_