**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_