



## ILMOITUS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Toimitetaan jokaisen syyslukukauden/toimintakauden alussa kouluterveydenhoitajalle/päivähoitoon.

Nimi:	
Päivähoitopaikka/koulu/oppilaitos:	
Ryhmä/luokka:	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_