

ILMOITUS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Toimitetaan jokaisen syyslukukauden/toimintakauden alussa kouluun/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	Anafylaksia vaara	“Saattaa sisältää” - tuotteet käy	Muuta

☐ **Keliakia**

- ☐ Käyttää gluteenitonta kauraa
- ☐ Ei käytä gluteenitonta kauraa

☐ **Diabetes**

- ☐ Tarvitsee valmiiksi annostellun lounasruoan (liitä mukaan ateriasuunnitelma)
- ☐ Hakee tarvittaessa välipalan keittiöstä
- ☐ Ei aiheuta toimenpiteitä kouluruokailussa

Päiväys ____/____/____

Lääkärin allekirjoitus, nimenselvennys ja puhelin

ITSE ILMOITETTAVAT, EETTISET/USKONNOLLISET SYYT

- ☐ Laktoosi-intoleranssi
- ☐ Ei veri- tai sisäelinruokia
- ☐ Ei sianlihaa
- ☐ Lakto-ovo-vegetaarinen kasvisruokavalio (sisältää kananmunaa ja maitotuotteita)

Lisätietoja:

Päiväys ____/____/____

Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys