

ILMOITUS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Toimitetaan jokaisen syyslukukauden/ toimintakauden alussa kouluterveydenhoitajalle/ päivähoitoon.

Nimi:	
Päivähoitopaikka/ koulu:	
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	Raaka kielletty	Kypsä sopii	Kaikki muodot kielletty	Anafylaksia vaara

Laktoosi-intoleranssi

Keliakia

Käyttää gluteenitonta kauraa

Ei käytä gluteenitonta kauraa

Diabetes

Hakee tarvittaessa välipalan keittiöstä

Ei aiheuta toimenpiteitä kouluruokailussa

EETTISET/ USKONNOLLISET SYYT

Ei sianlihaa

Lakto-ovo-vegetaarinen kasvisruokavalio (sisältää kananmunaa ja maitotuotteita)

Vegaaninen ruokavalio (ei mitään eläinperäistä)

Lisätietoja:

Päiväys ____/____/____ Huoltajan allekirjoitus: _____

Terveydenhoitajan vahvistus ja allekirjoitus: _____