

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