



TÄYTÄ LOMAKKEEN KAIKKI KOHDAT HUOLELLISESTI

TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA

Ruokailijan perustiedot	Nimi _____	Syntymäaika _____																	
	Koulu/iltapäivätoiminta/päivähoito _____	Luokka/osasto _____																	
	Huoltaja _____	Huoltajan puh. virka-aikana _____																	
Tarvittava erityisruokavalioterveydellisistä syistä	Koulussa/päiväkodissa tarjottava ruoka on pääsääntöisesti laktoositonta (vähälaktoosinen ruokavaliototeutetaan laktoosittomana)																		
	<input type="checkbox"/> Laktoositon <input type="checkbox"/> ruokajuoma <input type="checkbox"/> ruoka (laktoosia alle 0,01g/100g, 0,2g/annos)																		
	<input type="checkbox"/> Maidoton																		
	<input type="checkbox"/> Keliakia <input type="checkbox"/> gluteeniton kaura sopii <input type="checkbox"/> gluteeniton kaura ei sovi <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> ei tarvitse välipalaa <input type="checkbox"/> tarvitsee välipalan <input type="checkbox"/> Ruoka-aineallergia Ruokailua varten ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita! <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ruoka-aine</th> <th>Oire</th> <th>Anafylaksiavaara</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ruoka-aine	Oire	Anafylaksiavaara	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ruoka-aine	Oire	Anafylaksiavaara																	
_____	_____	<input type="checkbox"/>																	
_____	_____	<input type="checkbox"/>																	
_____	_____	<input type="checkbox"/>																	
_____	_____	<input type="checkbox"/>																	
_____	_____	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Hankala ristiallergia siitepölyjen kanssa <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ruoka-aine</th> <th>Oire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Ruoka-aine	Oire	_____	_____	_____	_____	_____	_____										
Ruoka-aine	Oire																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
Erityisruokavaliomuista syistä	<input type="checkbox"/> Kasvisruokavaliot (sis. maito-muna-kasvis) <input type="checkbox"/> voi syödä kalaa <input type="checkbox"/> voi syödä broileria																		
	<input type="checkbox"/> Uskonnolliset syyt <input type="checkbox"/> ei sianlihaa <input type="checkbox"/> ei naudanlihaa <input type="checkbox"/> ei liivatetta																		
Allekirjoitukset	Terveystoimittajan/lääkärin allekirjoitus Päiväys _____																		
	Huoltajan allekirjoitus Päiväys _____																		

Todistus on voimassa määräjän _____ asti lukuvuoden toistaiseksi
(diabetes, keliakia)