

## TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA



Ruokailijan perustiedot	Nimi	Syntymäaika																																		
	Koulu/iltapäivätoiminta/varhaiskasvatus	Luokka/osasto																																		
	Huoltaja	Huoltajan puhelin virka-aikana																																		
Lääkärin tai terveydenhoitajan allekirjoitus	<b><u>Ruokavaliot, joihin tarvitaan lääkärin tai terveydenhoitajan allekirjoitus</u></b>																																			
	<input type="checkbox"/> <b>Keliakia</b> <input type="radio"/> gluteeniton kaura sopii    (1. allekirjoitus lääkäriltä, seuraaviin lukuvuosiin huoltajan allekirjoitus)																																			
Lääkärin tai terveydenhoitajan allekirjoitus	<input type="checkbox"/> <b>Ruoka-aineallergia</b> Ruokailua varten ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita!																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ruoka-aine</th> <th>Oire</th> <th>Anafylaksia-vaara</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Ruoka-aine	Oire	Anafylaksia-vaara	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="1"> <tbody> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ruoka-aine	Oire	Anafylaksia-vaara																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____	_____	_____																																		
_____																																				
_____																																				
_____																																				
_____																																				
_____																																				
_____																																				
_____																																				
_____																																				
Huoltajan allekirjoitus	<b><u>Ruokavaliot, joihin riittää huoltajan tai lukiossa täysi-ikäisen opiskelijan oma allekirjoitus</u></b>																																			
	<input type="checkbox"/> <b>Kasvisruokavalio (sis. maito-muna-kasvis)</b> <input type="radio"/> voi syödä kalaa <input type="radio"/> voi syödä broileria																																			
Huoltajan allekirjoitus	<input type="checkbox"/> <b>Uskonnolliset syyt</b> <input type="radio"/> ei sianlihaa <input type="radio"/> ei liivatetta <input type="radio"/> ei naudanlihaa																																			
	<input type="checkbox"/> <b>Laktoositon</b> <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>																																			
Ravitsemusterapeutin allekirjoitus	<b><u>Ruokavaliot, joihin 1. todistukseen tarvitaan ravitsemusterapeutin allekirjoitus</u></b>																																			
	seuraavina lukuvuosina alaikäisille todistus huoltajan allekirjoitukselle																																			
Ravitsemusterapeutin allekirjoitus	<input type="checkbox"/> <b>Vegaaninen ruokavalio</b> (ei ole tilattavissa varhaiskasvatukseen)																																			
	<input type="checkbox"/> <b>Fodmap:</b> ruokavalio toteutetaan jättämällä pois vehnä, ohra, ruis, omena, päärynä, vesimeloni, laktoosi, palkokasvit, sipulit, sienet, parsaja kukkakaali																																			
Allekirjoitukset	Terveydenhoitajan/lääkärin/ravitsemusterapeutin allekirjoitus																																			
	Päiväys _____	_____																																		
Allekirjoitukset	Huoltajan allekirjoitus																																			
	Päiväys _____	_____																																		

Todistus on voimassa

 määräajan \_\_\_\_\_ asti

 lukuvuoden