TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA

Rauma

Ruokailijan perustiedot	Nimi	Syntymäaika
	Koulu/iltapäivätoiminta/varhaiskasvatus	Luokka/ryhmä
	Huoltaja	Huoltajan puhelin virka-aikana

Lääkärin tai terveyden-hoitajan allekirjoitus

Ruokavaliot, joihin tarvitaan lääkärin tai terveydenhoitajan allekirjoitus

☐ **Keliakia** ◯ gluteeniton kaura sopii (1. allekirjoitus lääkäriltä, seuraaviin lukuvuosiin huoltajan allekirjoitus)

☐ **Ruoka-aineallergia**

Ruokailua varten ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengen-vaarallisia oireita!

Ruoka-aine	Oire	Anafylaksia-vaara
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐

Huoltajan allekirjoitus

Ruokavaliot, joihin riittää huoltajan tai lukiossa täysi-ikäisen opiskelijan oma allekirjoitus

☐ **Kasvisruokavalio (sis. maito-muna-kasvis)**

◯ voi syödä kalaa ◯ voi syödä broileria

☐ **Uskonnolliset syyt**

◯ ei sianlihaa ◯ ei liivatetta ◯ ei naudanlihaa

☐ **Laktoositon**

☐ **Diabetes**

Ravitsemus-terapeutin allekirjoitus

Ruokavaliot, joihin 1. todistukseen tarvitaan ravitsemusterapeutin allekirjoitus

seuraavina lukuvuosina alaikäisille todistus huoltajan allekirjoitukselle

☐ **Vegaaninen ruokavalio** (ei ole tilattavissa varhaiskasvatukseen)

☐ **Fodmap:** ruokavalio toteutetaan jättämällä pois vehnä, ohra, ruis, omena, päärynä, vesimeloni, laktoosi, palkokasvit, sipulit, sienet, parsa-ja kukkakaali

Alle-kirjoitukset

Terveydenhoitajan/lääkärin/ravitsemusterapeutin allekirjoitus

Päiväys _____ _____

Huoltajan allekirjoitus

Päiväys _____ _____

Todistus on voimassa ☐ **määräajan** _____ **asti** ☐ **lukuvuoden**