

ILMOITUS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Toimitetaan jokaisen syyslukukauden/toimintakauden alussa kouluun/päivähoitoon.

Nimi:	
Päivähoitopaikka/koulu/oppilaitos:	
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	Anafylaksia vaara	“Saattaa sisältää” - tuotteet käy	Muuta

Keliakia

- Käyttää gluteenitonta kauraa
- Ei käytä gluteenitonta kauraa

Diabetes

- Tarvitsee valmiiksi annostellun lounasruoan (liitä mukaan ateriasuunnitelma)
- Hakee tarvittaessa välipalan keittiöstä
- Ei aiheuta toimenpiteitä kouluruokailussa

Päiväys ____/____/____

Lääkärin allekirjoitus, nimenselvennys ja puhelin

ITSE ILMOITETTAVAT, EETTISET/USKONNOLLISET SYYT

- Laktoosi-intoleranssi
- Ei veri- tai sisäelinruokia
- Ei sianlihaa
- Lakto-ovo-vegetaarinen kasvisruokavalio (sisältää kananmunaa ja maitotuotteita)

Lisätietoja:

Päiväys ____/____/____

Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys