

# TODISTUS PYSYVÄSTÄ ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA

Lomake palautetaan täytettynä terveydenhoitajan kautta keittiölle.  
Muutoksista (ruoka-allergiat) on ilmoitettava suoraan keittiölle.

Nimi	Henkilötunnus
Päiväkoti/koulu/oppilaitos	Osasto/luokka
Huoltaja/huoltajat	Puhelinnumero

## TARVITTAVA ERITYISRUOKAVALIO

**Pysyvä erityisruokavalio (todistus kertaalleen)**

**HUOMIO! Jos tehdään useampi kuin yksi valinta, tulee täyttää myös erityisruokavaliolomake.**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (oma ateriasuunnitelma tarvittaessa liitteenä) | <input type="checkbox"/> Kalaton  |
| <input type="checkbox"/> Keliakia  | <input type="checkbox"/> Munaton  |
| <input type="checkbox"/> Laktoositon   | <input type="checkbox"/> Maidoton |

Päiväys \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Huoltajan allekirjoitus

Päiväys \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Terveydenhoitajan allekirjoitus  
(Neuvola- /oppivelvollisuusikäiset)

Keittiön/ruokapalvelun yhteystiedot:

---

---