



SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

RUOKAILIJAN TIEDOT	Sukunimi	
	Etunimi	Henkilötunnus (hetu)
	Päiväkoti/koulu/oppilaitos	Ryhmä/luokka
	Huoltaja	Puhelin
	Huoltajan sähköposti	

PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ Terveystenhoitaja (lääkäri/ ravitsemusterapeutti) täyttää	☐ Diabetes ☐ henkilökohtainen ateriasuunnitelma liitteenä	
	☐ Keliakia, gluteeniton kaura sopii ☐ Keliakia, ei siedä gluteenitonta kauraa ☐ Laktoositon ruokavalio	

ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ Lääkäri/ravitsemusterapeutti täyttää	☐ Ruoka-aineallergia, jossa vaikeita oireita	Yleistyneen allergisen reaktion eli anafylaksian vaara(adrenaliini- ruiske varalla)
	Kielletty ruoka-aine _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Ruokajuomana maitoallergisella ☐ kaurajuoma ☐ soijajuoma ☐ erityiskorvike, mikä?	
	☐ Muu ruokavalio, mikä?	

VEGAANIRUOKAVALIO Ravitsemusterapeutti tai terveydenhoitaja täyttää	☐ Vegaaniruokavalio	Maitoa korvaava ruokajuoma
		☐ soijajuoma ☐ kaurajuoma



TAMPEREEN KAUPUNKI

MUU RUOKAVALIO Huoltaja/täysi-ikäinen oppilas täyttää ja allekirjoittaa	☐ Kasvisruokavalio (sisältää maitotuotteita ja kananmunaa) käyttää lisäksi: ☐ kalaa ☐ siipikarjaa ☐ Kasvisruokavalio (sisältää maitotuotteita) Eettinen ruokavalio ☐ ei sianlihaa ☐ ei veriruokia ☐ ei naudanlihaa
MUUTA HUOMIOITAVAA	
ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS	Lääkärin/ravitsemusterapeutin/terveydenhoitajan allekirjoitus, nimenselvennys ja leima Voimassa alkaen ____/____ 20____ ja ____/____20____ asti <i>Selvitystä ei tarvitse uusida, jos on keliakia, laktoositon ruokavalio tai diabetes</i> Ruokailijan allekirjoitus ja nimenselvennys (alle 18-vuotiaan huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys) Päiväys ____ / ____ 20____