

TODISTUS ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA

Lukuvuosi 20 -20

Todistus tehdään pääsääntöisesti korkeintaan lukuvuodeksi kerrallaan
Vain diabeteksestä ja keliakiasta riittää kerran tehty todistus

RUOKAILIJAN PERUSTIEDOT

Oppilaan nimi _____ Luokka _____

Huoltaja(t) _____

Puhelin päivisin _____

I PITKÄAIKAISSAIRAUS

Keliakia Gluteeniton kaura: sopii ei sovi

Diabetes Välipalan tarve: tarvitsee ei tarvitse

II RUOKA-AINEALLERGIA

| a) Voimakkaita / hengenvaarallisia oireita aiheuttavat | Raakana | Kypsänä | Anafylaksia- vaara |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b) Maitosokerin imeytymishäiriö eli laktoosi-intoleranssi.

Ei lainkaan laktoosia Vähälaktoosinen ruoka
 Laktoositon juoma Vähälaktoosinen juoma

Huom. Rauman freinetkoululla tarjottu ruoka on pääsääntöisesti laktoositonta.

c) Kananmuna-allergia Ruuanvalmistuksessa munaa: saa ei saa käyttää

III ERITYISRUOKAVALIO MUUSTA SYYSTÄ

Uskonto ja muut eettiset syyt ei sianlihaa ei naudanlihaa ei veriruokia

Muuta huomioitavaa: _____

Päiväys: _____

_____ Huoltajan/-ien allekirjoitus

_____ Terveystenhoitajan/lääkärin allekirjoitus

Tämä todistus on voimassa _____ asti / toistaiseksi