

**TODISTUS** ERITYISRUOKAVALION TARPEESTA PÄIVÄHOITO/KOULU  
PALAUTUS TERVEYDENHOITAJAN KAUTTA

Lapsen/oppilaan nimi

Syntymäaika

Päiväkoti/Koulu

Luokka

Huoltaja/Huoltajat

Puhelinnumero

**Tarvittava erityisruokavalio**

Pysyvä erityisruokavaliailmoitus

- Diabetes  
 Keliakia (sisältää gluteenitonta kauraa)  
 Laktoositon

Ruoka-aineallergia: ilmoitetaan vain ne raaka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita.

ruoka-aine

oire

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Todistus palautettava liitteenä terveydenhoitajalle.

Päiväys \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Neuvola/kouluterveydenhoitajan allekirjoitus

Päiväys \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Huoltajan allekirjoitus ja nimen selvennys