



# TAMPEREEN KAUPUNKI

## SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

RUOKAILIJAN TIEDOT	Sukunimi	
	Etunimi	Henkilötunnus (hetu)
	Päiväkoti/koulu/oppilaitos	Ryhmä/luokka
	Huoltaja	Puhelin
	Huoltajan sähköposti	
PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ Terveystoimittaja (lääkäri/ ravitsemusterapeutti) täyttää	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> henkilökohtainen ateriasuunnitelma liitteenä	
	<input type="checkbox"/> Keliakia, gluteeniton kaura sopii <input type="checkbox"/> Keliakia, ei siedä gluteenitonta kauraa <input type="checkbox"/> Laktoositon ruokavalio	
ERITYISRUOKAVALIO TERVEYDELLISISTÄ SYISTÄ Lääkäri/ravitsemusterapeutti täyttää	<input type="checkbox"/> Ruoka-aineallergia, jossa vaikeita oireita	Yleistyneen allergisen reaktion eli anafylaksian vaara(adrenaliiniriske varalla)
	Kielletty ruoka-aine  _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____  Ruokajuomana maitoallergisella <input type="checkbox"/> kaurajuoma <input type="checkbox"/> soijajuoma <input type="checkbox"/> erityiskorvike, mikä?  _____	<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"/> Muu ruokavalio, mikä?	
VEGAANIRUOKAVALIO Ravitsemusterapeutti tai terveydenhoitaja täyttää	<input type="checkbox"/> Vegaaniruokavalio	Maitoa korvaava ruokajuoma <input type="checkbox"/> soijajuoma <input type="checkbox"/> kaurajuoma



# TAMPEREEN KAUPUNKI

MUU RUOKAVALIO Huoltaja/täysi-ikäinen oppilas täyttää ja allekirjoittaa	<input type="checkbox"/> Kasvisruokavalio (sisältää maitotuotteita ja kananmunaa) käyttää lisäksi: <input type="checkbox"/> kalaa <input type="checkbox"/> siipikarjaa
	<input type="checkbox"/> Kasvisruokavalio (sisältää maitotuotteita)
MUUTA HUOMIOITAVAA	Eettinen ruokavalio <input type="checkbox"/> ei sianlihaa <input type="checkbox"/> ei veriruokia <input type="checkbox"/> ei naudanlihaa
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___