

**TODISTUS ERITYISRUOKAVALION KOKEILUSTA VARHAISKASVATUKSESSA,  
 PERUSOPETUKSESSA JA LUKIOSSA**

Lapsen/Oppilaan nimi	Syntymäaika
Päivähoitopaikka/Koulu	Ryhmä/Luokka
Huoltaja/huoltajat	Puhelinnumero
<p>Kirjataan kokeiltava ruoka-aine ja kokeilun alku- ja päättymispäivä</p> <p>/            Kokeilu aloitetaan</p> <p>/            Kokeilu lopetetaan</p> <p>Toimita tieto päiväkodin henkilökunnalle / opettajalle</p> <p>Testattava erityisruokavalio:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Päiväys  /	Terveydenhoitajan /tarvittaessa lääkärin allekirjoitus
	Nimen selvennys tai leima