



# Keliakialiitto

## Hakemus lapsi / nuori-vanhempikurssille 2024

### 1. Haemme kurssille (paikka ja ajankohta): \*

---

---

### 2. Yhteystiedot \*

Kurssivalinnoista ilmoitetaan sähköpostitse. Tarkistathan, että sähköpostiosoite on kirjoitettu oikein.

Lapsen / nuoren etunimi

---

Sukunimi

---

Ikä kurssin alkaessa

---

Vanhemman etunimi

---

Vanhemman sukunimi

---

Ikä kurssin alkaessa

---

Vanhemman matkapuhelin

---

Vanhemman sähköposti

---

Osoite

---

Postinumero ja -toimipaikka

---

### 3. Mistä sait tiedon kurssista? \*

Gluteeniton elämä -lehti

Keliakialiiton uutiskirje

- Keliakialiiton some (esim. Facebook)
  - Keliakialiiton verkkosivut
  - Ravitsemusterapeutti
  - Muu, mikä?
- 

**4. Vanhemman elämäntilanne: \***

- Opiskelija
  - Työssä
  - Osa-aikatyössä
  - Työtön
  - Vanhempain- tai hoitovapaalla
  - Sairauslomalla
  - Kuntoutustuella tai osakuntoutustuella
  - Työkyvyttömyys- tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä
  - Vanhuus- tai työeläkkeellä
  - Muu, mikä?
- 

**5. Onko lapsellasi / nuorellasi lääkärin tekemä keliakiadiagnoosi? \***

- Kyllä, minä vuonna tehty?
  - Ei
- 

**6. Mahdolliset muut sairaudet ja erityisruokavaliot, joista kurssipaikan ja kurssin vetäjän olisi hyvä tietää (erottele nimillä, jos molemmilla on):**

---

---

---

---

---

**7. Kuvaile lapsesi / nuoresi vointia ja pärjäämistä tällä hetkellä erityisesti keliakian, ja tarvittaessa myös muiden mahdollisten sairauksien, suhteen: \***

---

---

---

---

---

---

**8. Miksi juuri sinun lapsesi / nuoresi pitäisi päästä kurssille? \***

Voit kuvailla lapsen / perheen elämäntilannetta ja muita kurssitarvetta osoittavia seikkoja lisää (esim. taloudelliset ja / tai sosiaaliset syyt).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Tavoitteet kurssille: \***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**10. Toiveet ja odotukset kurssille: \***

---

---

---

---

---

**11. Onko perheessäsi ja / tai lapsen / nuoren elämään aktiivisesti osallistuvilla muilla henkilöillä keliakiaa? \***

Kyllä, kenellä \_\_\_\_\_

Ei ole

**12. Oletteko (tai joku perheestänne) aiemmin osallistuneet Keliakialiiton sopeutumisvalmennuskurssille? \***

Kyllä, kuka, milloin ja missä? \_\_\_\_\_

En

**13. Saammeko jatkossa lähettää sinulle sähköpostia vastaavista gluteenittomuutta tukevista kursseista? \***

Kyllä

Ei

Lähetämällä kyselyn hyväksyt Keliakialiiton gluteenittomuutta tukevien kurssien tietosuojaselosteen keliakialiiton\_gluteenittomuutta\_tukevien\_kurssien\_asiakasrekisterin\_tietosuojaseloste.pdf (keliakialiitto.fi)