

ANMÄLAN OM SPECIALKOST

Blanketten lämnas/skickas till expeditionen på respektive förskola eller skola för vidarebefordran till rektor, skolsköterska, kök och Kostenheten.

Barnets/elevens personnummer: _____
Förnamn: _____ Efternamn: _____
Förskola/Skola: _____ Avdelning/klass: _____
Fritids: Nej Ja, vilket? _____

Barnet/eleven är allergiskt/överkänsligt och behöver utesluta följande ur kosten:

Mjölprotein (pga mjölkallergi)
 Laktos (laktosreducerad kost)
 Gluten (pga celiaki)
 Sädeslag (pga spannmålsallergi) – ange vilka: _____
 Nötter
 Fisk
 Skaldjur
 Ägg
 Sojaprotein
 Baljväxter – ange vilka: _____
 Morot **Rå morot** **Tillagad morot**
 Tomat **Rå tomat** **Tillagad tomat**
 Citrusfrukter
Annat/övriga upplysningar: _____

Om barnet/eleven får i sig något av de ikryssade livsmedlen reagerar det med följande besvär:

Hur snabbt kommer reaktionen? _____ Har barnet/eleven akutmedicin? Nej Ja
Om ja, vilka och var förvaras dessa? _____

Barnet/eleven har diabetes och önskar utesluta och/eller komplettera vissa maträtter på följande sätt:

Finns behov av extra mellanmål? Nej Ja

Barnet/eleven behöver kost som utesluter:

Gris/fläskkött **Kött, fisk. Ägg (Lakto-vegetarisk kost)** **Kött, fisk (Lakto-ovo-vegetarisk kost)**
Annat/övriga upplysningar: _____

Kontaktuppgifter:

Kontaktperson: _____
Telefon dagtid: _____ Mobil: _____
Kontaktperson: _____
Telefon dagtid: _____ Mobil: _____

Målsmans underskrift (om barnet/eleven är under 18 år):

Datum: _____

Läkarintyg krävs och bifogas för rödmarkerade kost

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____