

Datum:

Intyg specialkost

Läkarintyg krävs

Elevens namn: _____

Telefon: _____ Skola: _____

Födelsedatum: _____

Klass: _____

Vårdnadshavare 1: _____

Telefon dagtid: _____

Vårdnadshavare 2: _____

Telefon dagtid: _____

Om eleven äter något/några flera av livsmedlen nedan reagerar hon/han med följande besvär.

Ange även hur snabbt reaktionen kommer _____

Har eleven medicin att ta för dessa besvär? Medicin bör finnas tillgänglig under skoldagen. _____

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall **uteslutas** ur maten, även korsreaktion.

Mjölk

- Laktos
 Komjölksprotein

- Fisk
 Skaldjur
 Ägg
 Kyckling
 Jordnötter
 Sojaprotein
 Ärtor
 Bönor/Linser
 Gluten

Tomat

- Rå
 Tillagad

Morot

- Rå
 Tillagad

Andra grönsaker eller:
rotfrukter såsom:

- Nötter
 Mandel
 Apelsin
 Citrusfrukt
 Äpple
 Jordgubbar
 Persika
 Kiwi
 Nektarin

Något av ovanstående i kryddform: _____

Alt övrig kost:
(ange själv):

Om du kryssat för laktos ovan, önskas då låglaktoskost eller helt laktosfritt ?

Ta kontakt med måltidspersonalen på Er skola vid terminsstarten.

Om elevens kost ska förändras under terminens gång ansvarar Du som vårdnadshavare att köksansvarig på skolan informeras om detta.

Behandling av ovanstående personuppgifter sker enligt dataskyddsförordningen (GDPR)

Vårdnadshavares underskrifter
