



INTYG SPECIALKOST

Datum: _____

Elevens namn:		Födelsedatum:
Skola:	Klass:	Telefon:
Vårdnadshavare 1:		Telefon dagtid:
Vårdnadshavare 2:		Telefon dagtid:

För specialkost vid sjukdom, allergi eller överkänslighet krävs läkarintyg

Kryssa i vilket/vilka livsmedel som ska **uteslutas** från måltiderna, även korsreaktioner.

Mjölksprodukter

- Mjök
- Endast laktos
- Endast komjölkprotein

Tomat

- Rå
- Tillagad

Morötter

- Rå
- Tillagad

Andra livsmedel

- Gluten
- Fisk
- Skaldjur
- Blötdjur (snäckor/musslor/bläckfisk)
- Kräftdjur
- Ägg
- Kyckling
- Jordnötter
- Nötter
- Mandel
- Sesamfrön
- Selleri
- Senap
- Sojaböner
- Baljväxter (ärter/böner/linser)
- Lupin
- Svaveldioxid & Sulfid
- Citrusfrukt
- Äpple

Annan grönsak, rotfrukt eller frukt: _____

Annat livsmedel såsom: _____

Andra allergier måltidspersonalen behöver känna till: _____



Om eleven äter livsmedel som är förkryssade ovan reagerar hon/han med följande besvär. Ange även hur snabbt reaktionen kommer:

Har eleven medicin att ta för dessa besvär? Ja Nej

Bör medicinen finnas tillgänglig under skoldagen? Ja Nej

På skolan ansvarar följande person för elevens medicin: _____

Observera att om skolpersonal ansvarar för medicin ska det finnas ett egenvårdsdokument från behandlande läkare.

För specialkost av religiösa skäl behöver läkarintyg inte uppvisas, endast vårdnadshavares godkännande genom underskrift.

- Uteslutande av fläskkött
- Uteslutande av nötkött
- Vegetarisk kost
- Vegankost
- Annan kost av religiösa skäl såsom:

Det är viktigt att denna blankett lämnas till skolans/förskolans expedition i god tid före terminsstart. Om elevens kost ska förändras under terminens gång ansvarar vårdnadshavaren för att uppdaterad blankett lämnas till skolans/förskolans expedition. Om eleven är sjuk eller frånvarande av andra orsaker är det värdefullt att måltidspersonalen får vetskap om det så att mat inte behöver kastas.

Vårdnadshavares underskrift

Datum, underskrift

Datum, underskrift