

Barn/elev

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Förskolans / skolans namn	Avdelning / klass

Specialkost

<input type="checkbox"/> medicinska skäl (<i>intyg/utdrag ur medicinsk journal krävs</i>) Ange vilken: _____
<input type="checkbox"/> religiösa / etiska skäl. Ange vilken: _____
<input type="checkbox"/> intyg från legitimerad läkare/dietist eller utdrag ur medicinsk journal bifogas
<input type="checkbox"/> intyg från legitimerad läkare/dietist eller utdrag ur medicinsk journal finns sedan tidigare

Allergisk/överkänslig mot:

<input type="checkbox"/> laktos	<input type="checkbox"/> tomat rå	<input type="checkbox"/> citrusfrukt rå	<input type="checkbox"/> nötter
<input type="checkbox"/> mjölkprotein	<input type="checkbox"/> tomat tillagad	<input type="checkbox"/> citrusfrukt tillagad	<input type="checkbox"/> mandel
<input type="checkbox"/> gluten	<input type="checkbox"/> morot rå	<input type="checkbox"/> äpple rå	<input type="checkbox"/> frön
<input type="checkbox"/> ärtor	<input type="checkbox"/> morot tillagad	<input type="checkbox"/> äpple tillagad	<input type="checkbox"/> Tål produkter som kan inne-
<input type="checkbox"/> bönor	<input type="checkbox"/> paprika rå	<input type="checkbox"/> stenfrukter (vilka)	<input type="checkbox"/> hålla spår av nötter, frön, sesam
<input type="checkbox"/> linser	<input type="checkbox"/> paprika tillagad	<input type="checkbox"/> jordgubbar	<input type="checkbox"/> fisk
<input type="checkbox"/> soja	<input type="checkbox"/> selleri	<input type="checkbox"/> kiwi	<input type="checkbox"/> skaldjur
<input type="checkbox"/> jordnötter			<input type="checkbox"/> kyckling
			<input type="checkbox"/> ägg
<input type="checkbox"/> Behöver helt laktosfri kost - laktosintolerans (<i>intyg/utdrag ur medicinsk journal krävs</i>)			
<input type="checkbox"/> Tål hårdost			
<input type="checkbox"/> Behöver laktosreducerad kost. Laktosfri dryck erbjuds. Mjölksprodukter med laktos i små mängder kan förekomma i matlagningen. Om större mängder används erbjuds annan kost.			
<input type="checkbox"/> Tål havre <input type="checkbox"/> Tål endast ren havre <input type="checkbox"/> Tål ej havre			
<input type="checkbox"/> Övriga livsmedel - vilka:			

Beskrivning

Om äter något av ovanstående livsmedel reagerar hen med följande besvär: Ange även hur snabbt reaktionen kommer.

Underskrift av vårdnadshavare

Underskrift vårdnadshavare	Datum
Namnförtydligande	Telefon