

Anmälan om specialkost

Barnets namn: _____ Förskola/fritids/skola: _____
Personnummer: _____
Vårdnadshavare: _____ Vårdnadshavare: _____
Telefon hem/mobil: _____ Telefon hem/mobil: _____
E-post: _____

Kryssa i nedan vad barnet/eleven inte tål

- ☐ Gluten Äter ren havre ☐ Ja ☐ Nej
☐ Laktos
☐ Mjölprotein (alla mjölkprodukter utesluts)
☐ Ägg
☐ Fisk
☐ Skaldjur
☐ Tomat
☐ Paprika
☐ Äppelfrukter
☐ Stenfrukter
☐ Citrusfrukter
☐ Sojaböna
☐ Baljväxter, vilka? _____

☐ Nötter ☐ Jordnötter ☐ Mandel
☐ Annan födoämnesöverkänslighet, vilken? _____

Tål råvaran om den är tillagad

- ☐ Ja ☐ Nej

☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej
☐ Ja ☐ Nej

Önskar annan kost

- ☐ Vegetarisk kost Äter även: ☐ Mjölk ☐ Ägg ☐ Fisk
☐ Diabeteskost
☐ Fläskfri kost

Har läkare utrett sjukdomen/allergin/överkänsligheten? ☐ Ja ☐ Nej
Bifogar läkarintyg ☐ Ja ☐ Nej
Finns risk för svåra akuta reaktioner? ☐ Ja ☐ Nej
Har barnet/eleven akutmediciner om hon/han får i sig fel mat? ☐ Ja ☐ Nej
I så fall vilka? _____

OBS! Det är mycket viktigt att målsman informerar personalen om specialkosten ska upphöra eller om det sker någon form av förändring. Vid förändring skall en ny anmälan lämnas in.

Underskrift av vårdnadshavare: _____