



INTYG SPECIALKOST

Datum: _____

Elevens namn:		
Skola/Förskola:	Klass/Avdelning:	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

Annat grönsak, rotfrukt eller frukt: _____

Annat livsmedel såsom: _____

Andra allergier som 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 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, vegetarisk eller vegankost behöver läkarintyg inte uppvisas, endast vårdnadshavares godkännande genom en 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 expedition i god tid före terminsstart. Om elevens kost ska förändras under terminens gång ansvarar vårdnadshavaren för att uppdaterad blankett lämnas till skolans 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.

Jag intygar att barnet/ eleven äter enligt denna blankett även hemma.

Jag godkänner att dessa uppgifter hanteras i måltidsverksamheten.

Vårdnadshavares underskrift

Datum, underskrift

Datum, underskrift