

Datum: _____

Lämnas till förskolläraren/klassföreståndaren
(som lämnar en kopia till köket)

1 Avser

Barnets/elevens namn	Personnummer
Namn på förskola/skola	Avdelning/årskurs
Namn på vårdnadshavare 1	Telefon under dagtid
Namn på vårdnadshavare 2	Telefon under dagtid

2 Barnet/eleven ska ha följande specialkost *)

A **Kosten ska vara fri från**

<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Sojaprotein	<input type="checkbox"/> Tomat	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Ketchup
<input type="checkbox"/> Spannmål, vilket?	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Ärt-/baljväxter	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter			
<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Jordnötter *	<input type="checkbox"/> Äpple	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Tillagad	
<input type="checkbox"/> Mjölprotein	<input type="checkbox"/> Kyckling, höns	<input type="checkbox"/> Nötter, mandel *	<input type="checkbox"/> Morot	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Tillagad	
<input type="checkbox"/> Övrigt, ange vad?		<input type="checkbox"/> Sesamfrö *	<input type="checkbox"/> Lök	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Krydda
			<input type="checkbox"/> Paprika	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Krydda

B Barnet/eleven ska ha laktovegetarisk kost

C Religionsrelaterat, ange vilket?

*Vid förändringar i matöverkänslighet är det av största vikt, att vårdnadshavare snarast informerar
förskollärare/lärare (som i sin tur vidarebefordrar uppgifterna till köket)!*

**) Dessa produkter serveras aldrig på skola, förskola.*

3 Kostrekommendationer finns från

Barn- och ungdomsklinik Barnvårds-/vårdcentral Skolhälsovården

Annan, ange vem

4 Övriga upplysningar

5 Har barnet akutmedicin om de får i sig fel mat?

Ja Nej I så fall, vilken?

Underskrift

Underskrift av vårdnadshavare 1

Underskrift av vårdnadshavare 2