

Datum:

# Intyg specialkost

Läkarintyg krävs

Elevens namn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Skola: \_\_\_\_\_

Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Klass: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 1: \_\_\_\_\_

Telefon dagtid: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 2: \_\_\_\_\_

Telefon dagtid: \_\_\_\_\_

Om eleven äter något/några flera av livsmedlen nedan reagerar hon/han med följande besvär.

Ange även hur snabbt reaktionen kommer \_\_\_\_\_

Har eleven medicin att ta för dessa besvär? Medicin bör finnas tillgänglig under skoldagen. \_\_\_\_\_

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall **uteslutas** ur maten, även korsreaktion.

Mjök

- Laktos  
 Komjölksprotein

Tomat

- Rå  
 Tillagad

- Nötter  
 Mandel  
 Apelsin  
 Citrusfrukt  
 Äpple  
 Jordgubbar  
 Persika  
 Kiwi  
 Nektarin

Alt övrig kost:  
(ange själv):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Fisk  
 Skaldjur  
 Ägg  
 Kyckling  
 Jordnötter  
 Sojaprotein  
 Ärtor  
 Bönor/Linser  
 Gluten

Morot

- Rå  
 Tillagad

Andra grönsaker eller:  
rotfrukter såsom:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Något av ovanstående i kryddform: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

önskas vegetariska

Om du kryssat för laktos ovan, önskas då låglaktoskost  eller helt laktosfritt  ?

*Ta kontakt med måltidspersonalen på Er skola vid terminsstarten.*

*Om elevens kost ska förändras under terminens gång ansvarar Du som vårdnadshavare att köksansvarig på skolan informeras om detta.*

*Behandling av ovanstående personuppgifter sker enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204)*

Vårdnadshavares underskrifter

\_\_\_\_\_