

INTYG SPECIALKOST

Specialkost tillhandahålls efter beställning. Blanketten ifylls när barnet börjar skolan/förskolan och förnyas 1 gång/år. Fyll i blanketten och lämna till Kostservice.

Meddela förändringar i kostregim till köket.

Barnets namn:	År:
Personnummer:	Skola/Förskola:
Vårdnadshavare:	Klass/AVD:
Adress:	Telefon bostad: _____ Mobiltelefon:

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur maten:

Välj av nedanstående alternativ: <input type="checkbox"/> Behöver laktosfri dryck <input type="checkbox"/> Behöver laktosfri dryck och mat <input type="checkbox"/> Mjölprotein* <input type="checkbox"/> Gluten* <input type="checkbox"/> Spannmålsallergi Specificera under övriga upplysningar vilket/vilka sädeslag som ska uteslutas	<input type="checkbox"/> Fisk* <input type="checkbox"/> Skaldjur* <input type="checkbox"/> Ägg* <input type="checkbox"/> Fågel* <input type="checkbox"/> Sojaprotein* Ärtor* <input type="checkbox"/> Bönor/linser* <input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> Frukt, bär Vilka frukter eller bär <input type="checkbox"/> Grönsaker Vilken/vilka	<input type="checkbox"/> Fläsk <input type="checkbox"/> Nöt <input type="checkbox"/> Blod Övrigt: <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost
	Kost markerad med * kräver intyg från läkare eller dietist		

Kostrekommendationerna kommer från:

Vårdcentral

Annan

Namn:

Tel:

Barnets diagnos/sjukdom:

Övriga upplysningar:

Målsmans underskrift och namnförtydligande:

Kontaktperson i köket:

Tel: