



ANSÖKAN OM AVVIKANDE KOST

Ansökan lämnas till pedagog på förskolan för vidarebefordran till köket

Förskola: _____ Avd: _____

Barnets namn: _____ Födelsedatum _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon dagtid: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon dagtid: _____

E-post: _____

Intyg från behandlande läkare/dietist krävs för att få specialkost.

Intyget häftas ihop med denna ansökan.

Vid allergi/överkänslighet mot födoämne, kryssa i nedan vad barnet inte tål

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mjölkprotein | <input type="checkbox"/> tomat rå |
| <input type="checkbox"/> gluten äter ren havre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> tomat tillagad |
| <input type="checkbox"/> ägg | <input type="checkbox"/> morot rå |
| <input type="checkbox"/> sojaprotein | <input type="checkbox"/> morot tillagad |
| <input type="checkbox"/> skaldjur | <input type="checkbox"/> paprika |
| <input type="checkbox"/> ärter/baljväxter | <input type="checkbox"/> citrusfrukter |
| <input type="checkbox"/> fisk | <input type="checkbox"/> kärnfrukter (äpple, päron) |
| <input type="checkbox"/> nötter | <input type="checkbox"/> stenfrukter (persika, nektarin, annan _____) |
| <input type="checkbox"/> jordnötter | <input type="checkbox"/> laktos tål laktos i den tillagade maten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| <input type="checkbox"/> mandel | |
| <input type="checkbox"/> vete | |

Övrigt _____

Har läkare utrett sjukdom/allergin/överkänsligheten? ja _____ nej

Finns risk för svåra akuta reaktioner? ja _____ nej

Har ert barn akutmediciner om hon/han får i sig fel mat? ja _____ nej

I så fall vilka? _____

Intyg från läkare/dietist lämnat ja

datum _____

Annan kost

- diabetes
- lakto-ovo-vegetarisk kost äter även fisk
- fläskfri kost

Du som vårdnadshavare ansvarar för att informera berörda pedagoger om ditt barns avvikande kost!

Undertecknad har tagit del av gällande riktlinjer för avvikande kost.

Datum _____

Vårdnadshavares underskrift _____

Eventuella förändringar av den avvikande kosten, önskar köket få skriftligt, för att inga missförstånd ska ske.

äter normalkost igen

Datum _____

Vårdnadshavares underskrift _____