

ANSÖKAN OM AVVIKANDE KOST

Ansökan lämnas till skolsköterskan

Skola: _____ Klass: _____

Elevens namn: _____ Personnummer: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon dagtid: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon dagtid: _____

e-post: _____

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

Vid allergi/överkänslighet mot födoämne, kryssa i nedan vad eleven 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"/> mandel | |
| <input type="checkbox"/> vete | |

Övrigt _____

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

Finns risk för svåra akuta reaktioner? ja _____ nej

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

I så fall vilka? _____

Intyg från läkare/dietist lämnat ja
datum _____

Annan kost

- laktosintolerans tål laktos i den tillagade maten ja nej
- diabetes
- lakto-ovo-vegetarisk kost äter även fisk
- fläskfri kost

Meddela till köket, senast kl. 08:00, om ditt barn pga. sjukdom eller annan frånvaro inte ska ha sin avvikande kost.

Kom ihåg att meddela köket senast kl. 08:00 samma dag ditt barn ska äta igen.

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

Jag som skolsköterska vidarebefordrar denna blankett till tillagningskök och ev. mottagningskök .

Datum

Skolsköterskans underskrift

Vid förändring ska en ny anmälan lämnas

äter normalkost igen

Datum

Vårdnadshavares underskrift