

Intyg Specialkost

Ifylles av förälder/vårdnadshavare och inlämnas till lärare/förskollärare för vidarebefordran till skolsköterskan:

Eleven/barnets namn:	Personnummer:
Skola/förskola:	Årskurs/avd:
Vårdnadshavare: Namn: Tel hem/arb: Mobil:	Vårdnadshavare: Namn: Tel hem/arb: Mobil:

Eleven/barnet ska av medicinska skäl ha följande specialkost:

<p>Kost fri från:</p> <p><input type="checkbox"/> gluten tål ren havre: <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nej</p> <p><input type="checkbox"/>mjölkprotein</p> <p><input type="checkbox"/>laktos tål hårdost: <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nej</p> <p>Tål laktosfria produkter: <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nej</p>	<p>Kost fri från:</p> <p><input type="checkbox"/> fisk <input type="checkbox"/>skaldjur <input type="checkbox"/>ägg</p> <p><input type="checkbox"/> nötter/mandel</p> <p><input type="checkbox"/> ärt/baljväxter <input type="checkbox"/> sojaprotein</p> <p><input type="checkbox"/> tomat <input type="checkbox"/> citrusfrukter</p> <p><input type="checkbox"/> övrigt – vad?</p> <p><input type="checkbox"/>Eleven är diabetiker</p>
---	--

Eleven/barnet ska av kulturella/etiska skäl ha följande specialkost:

<p><input type="checkbox"/> laktovegetarisk kost</p> <p><input type="checkbox"/> ej griskött</p>	<p><input type="checkbox"/> övrigt – vad? <input type="checkbox"/></p>
--	--

Övriga upplysningar:

OBS!

Det är mycket viktigt att målsman informerar lärare/förskollärare (för vidarebefordran till skolsköterska) vid förändring i elevens/barnets matöverkänslighet!

Datum:	Målsman/vårdnadshavare:
--------	-------------------------