



Vård och omsorg
Måltidsservice
Britt Olsson
verksamhetschef
0302-52 23 87
0761-28 15 59
britt.olsson@lerum.se

Specialkost

Viktig information till föräldrar, som har barn med födoämnesallergi, eller som behöver specialkost av religiösa eller etiska skäl.

Intyget ska inte användas för att få särskild mat om man inte tycker om den huvudrätt som erbjuds. Olika grönsaker/sallader, bröd, margarin och mjölk finns alltid att tillgå.

Vi som arbetar inom Måltidsservice har ambitionen att med hög kvalitet och största säkerhet varje skoldag, tillmötesgå ditt barns individuella behov av specialkost. Därför måste kopia på intyg från läkare/dietist bifogas specialkostblanketten första gången blanketten lämnas in.

Nytt läkarintyg ska lämnas när eleven byter stadium, dvs. från förskola till skola F-5, från F-5 till åk 6-9 samt från åk 9 till gymnasium. Finns ett aktuellt läkarintyg lämnas en kopia sv det.

Skulle det ske förändringar i specialkosten som innebär tillägg av födoämne (allergi har försvunnit) behövs inget nytt intyg. Då gäller att vårdnadshavare måste intyga skriftligen vilken förändring som skett, samt fylla i en ny specialkostblankett.

Vid utslutande av nya födoämnen behövs nytt intyg från läkare/dietist att komplettera en ny specialkostblankett med.

Vid önskemål om vegetarisk kost av religiösa skäl krävs inget läkarintyg.

I Lerums kommun är det förbud mot nötter, mandel, jordnöt och sesamfrön i förskola, skola och fritidsverksamhet. Blankett kompletterad med intyg behöver dock lämnas även för elever med allergi mot nötter, mandel, jordnöt och sesam. Eftersom ovanstående livsmedel oftast utlöser allvarliga reaktioner behöver vi ha information om vilka barn som är allergiska även om inte livsmedlen förekommer i vår verksamhet.

Fyll i bifogad blankett med kontaktinformation och information om ditt barns dietkrav och lämna till förskola/skola för vidare befordran till Måltidsservice inför varje nytt läsår.

När vi har mottagit den underskrivna blanketten tillsammans med kopia på intyg från läkare/dietist kommer vi att kontakta er för diskussion om den matsedel som vi kan erbjuda ert barn och för att komma överens om när matsedeln ska börja gälla.

Observera att barnets klasslärare/förskollärare inte ansvarar för att viktig information når kökspersonalen, utan du bör kontakta Måltidsservice om det skulle ske några förändringar i ditt barns dietbehov.

Har du frågor eller synpunkter kontakta oss gärna via maltidsservice@lerum.se

Plats
för
foto

Beställning av specialkost **Läsår** _____

Elevens namn _____ Personnummer _____

Förskola/Skola _____ Avd/klass _____

Vårdnadshavare _____ kontaktnummer _____

Vårdnadshavare _____ kontaktnummer _____

Äter frukost på fsk/skolan Äter lunch på fsk/skolan Äter mellanmål på fsk/skolan

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

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein | <input type="checkbox"/> Tomat | <input type="checkbox"/> Mandel | <input type="checkbox"/> Bönor/Linser |
| <input type="checkbox"/> Laktos | <input type="checkbox"/> Morot | <input type="checkbox"/> Nötter | <input type="checkbox"/> Ärtor |
| <input type="checkbox"/> Endast mjölk som dryck | <input type="checkbox"/> Apelsin | <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Sesam |
| Tål hårdost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Citrusfrukter | <input type="checkbox"/> Sojaprotein inkl. bockhornsklöver | <input type="checkbox"/> Sojaprotein exkl. bockhornsklöver |
| <input type="checkbox"/> Ägg | <input type="checkbox"/> Jordgubbar | <input type="checkbox"/> Kiwi | |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Nektarin | <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Skaldjur |
| | <input type="checkbox"/> Persika | <input type="checkbox"/> Fågel | <input type="checkbox"/> Fläsk |
| | <input type="checkbox"/> Äpplen | <input type="checkbox"/> Nötkött | <input type="checkbox"/> Blod |

Lakto-Ovo vegetarisk kost

Diabetes

Kostrekommendationerna kommer från:

Barn och ungdomskliniken Vårdcentral/BVC Skolhälsovård
Namn _____ Tel. nr _____

Annan _____

Vårdnadshavares underskrift _____ Datum _____

Vårdnadshavares underskrift _____ Datum _____

Övriga upplysningar _____

Kökets anteckningar

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Datum mottaget _____ | <input type="checkbox"/> Kontakt med vårdnadshavare |
| <input type="checkbox"/> Serveringspersonal informerad | <input type="checkbox"/> Kopia av läkar/sköterskeintyg mottaget |
| <input type="checkbox"/> Matsedel och livsmedelsbehov kontrollerat | <input type="checkbox"/> Startdatum _____ |
- Signatur: _____