

## Beställning av specialkost

Barnet/elevens namn	Personnummer
Förskola/skola	Avd/klass
Vårdnadshavare	Vårdnadshavare
Kontaktnummer dagtid	Kontaktnummer dagtid
E-post	E-post
Dagens datum	

Äter barnet frukost i förskolan/skolan  Ja  Nej

Äter barnet mellanmål i förskolan/skolan  Ja  Nej

<b>Medicinska skäl</b>		
Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur kosten		
<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/> Morot rå	<input type="checkbox"/> Citrusfrukt
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Morot tillagad	<input type="checkbox"/> Vilken _____
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Tomat rå	<input type="checkbox"/> Jordgubbar
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Tomat tillagad	<input type="checkbox"/> Kiwi
<input type="checkbox"/> Sojaprotein	<input type="checkbox"/> Paprika rå	<input type="checkbox"/> Stenfrukt
<input type="checkbox"/> Baljväxter	<input type="checkbox"/> Paprika tillagad	<input type="checkbox"/> Vilken _____
(linsor, bönor, ärtor, lupin)	<input type="checkbox"/> Äpple rå	<input type="checkbox"/> Jordnöt/mandel/nötter/pinjenöt
<input type="checkbox"/> Vilka _____	<input type="checkbox"/> Äpple tillagad	<input type="checkbox"/> Sesamfrö
<input type="checkbox"/> Spannmålsfri kost (vete, råg, korn, havre)		
Vad behöver uteslutas: _____		
<b>Specialkost</b>		<b>Laktoskost</b>
<input type="checkbox"/> Diabeteskost		<input type="checkbox"/> Endast laktosfri dryck
<input type="checkbox"/> Glutenfri kost		<input type="checkbox"/> Av läkare konstaterad helt laktosfri kost

<b>Annan kost</b>	
Kryssa här om behov finns för	
<b>Etiska/kulturella skäl</b>	
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost, mjölk och ägg ingår	<input type="checkbox"/> Utan fläskkött
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost, mjölk, ägg och fisk ingår	<input type="checkbox"/> Utan blodmat
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost, mjölk, ägg, fisk och kyckling ingår	<input type="checkbox"/> Utan nötkött
<b>Etiska/kulturella skäl</b>	
<b>Anpassad kost av medicinska skäl</b>	
<input type="checkbox"/> Veckomatsedel	
<input type="checkbox"/> Annan matsedel	

Övrig upplysning: \_\_\_\_\_

Finns akutmedicin  Ja  Nej

Kostrekommendationerna kommer från :

Barn & Ungdomsklinik  Skolhälsovård  Vårdcentral

Namn och titel: \_\_\_\_\_ Tel.nr: \_\_\_\_\_

Om eleven under två veckors tid utan anmäld orsak inte hämtar ut sin specialkost, kommer den dras in. Glöm inte meddela köket vid sjukdom eller ledighet

Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_