

Intyg/ansökan om specialkost

Läkarintyg krävs för specialkost.

Namn _____ Skola och klass _____

Målsman namn och telefon _____

Behöver kost fri från (kryssa i aktuella rutor) på grund av allergi/överkänslighet

- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Mjölprotein | <input type="checkbox"/> | Laktos | <input type="checkbox"/> |
| Gluten | <input type="checkbox"/> | Veteprotein | <input type="checkbox"/> |
| Fisk | <input type="checkbox"/> | Kräft-/skaldjur | <input type="checkbox"/> |
| Ägg | <input type="checkbox"/> | Sojaprotein | <input type="checkbox"/> |
| Baljväxt | <input type="checkbox"/> | Ärter | <input type="checkbox"/> |
| Citrusfrukt | <input type="checkbox"/> | Tomat | <input type="checkbox"/> |
| Morot | <input type="checkbox"/> | Selleri | <input type="checkbox"/> |
| Sesam | <input type="checkbox"/> | Jordnöt | <input type="checkbox"/> |
| Nötter | <input type="checkbox"/> | Mandel | <input type="checkbox"/> |
| Lök | <input type="checkbox"/> | Vitlök | <input type="checkbox"/> |
| Övrigt | <input type="checkbox"/> | | |

Specialkost av annan anledning

- | | | | |
|-------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Vegetarisk | <input type="checkbox"/> | Vegan | <input type="checkbox"/> |
| Minus fläsk | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Övrigt | <input type="checkbox"/> | | |

Här specificerar ni övrig information, ex om livsmedlet kan ätas i tillagad form, övriga allergier/överkänsligheter/annan typ av specialkost etc.

Vi registrerar de med specialkost i vårt register över anmälda specialkost.

Datum och underskrift av målsman.
