

## **ANMÄLAN OM SPECIALKOST**

Blanketten lämnas till/skickas till expedition på skola/förskola för vidarebefordran till rektor, skolsköterska, aktuellt kök samt kostchef.

Barnets/elevens namn: \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Förskola/skola \_\_\_\_\_ Avdelning/klass \_\_\_\_\_

Fritids: Nej \_\_\_\_ Ja, vilken? \_\_\_\_\_

**Barnet/eleven är allergisk/överkänsligt och behöver utesluta följande ur kosten:**

**VIKTIGT: När barnet börjar Ett nytt stadie erfodras ett läkarintyg för Specialkost d.vs.**

**Första år förskola, f-3, 4-6, 7-9.**

\_\_\_ Mjölprotein (pga. mjölkallergi)

\_\_\_ Laktos (laktosreducerad kost)

\_\_\_ Gluten (pga. celiaki)

\_\_\_ Spannmål ange vilka: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Nötter

\_\_\_ Fisk

\_\_\_ Skaldjur

\_\_\_ Ägg

\_\_\_ Tomat \_\_\_ Rå tomat \_\_\_ Tillagad tomat

\_\_\_ Senap \_\_\_ Selleri \_\_\_ Sesamfrö

\_\_\_ Sojaprotein \_\_\_ Citrusfrukter \_\_\_ Rå morot \_\_\_ Tillagad morot

\_\_\_ Baljväxter – ange vilka: \_\_\_\_\_

Andra allergier eller överkänsliga produkter \_\_\_\_\_

Om barnet/eleven får i sig något av de ikryssade livsmedlen reagerar det med följande besvär:

\_\_\_\_\_

Hur snabbt kommer reaktionen? \_\_\_\_\_ Har barnet/eleven akutmediciner? \_\_\_\_\_

Om ja, vilka och var förvaras dessa? \_\_\_\_\_

**Barnet/Eleven har diabetes och önskar utesluta eller komplettera vissa maträtter på följande sätt:**

\_\_\_\_\_

**Barnet/eleven behöver kost som utesluter:**

\_\_\_ Kött, fisk, ägg (Lakto-vegekost) \_\_\_ Kött, fisk, (Lakto-ovo- vegkost)

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tele \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tele \_\_\_\_\_

Målsmans underskrift (om barnet/eleven är under 18 år)

Datum: \_\_\_\_\_

Namn-teckning: \_\_\_\_\_

Namn-förtydligande: \_\_\_\_\_

Frågor gällande kost och övrigt är ni välkomna att höra av er till tf kostchef:

Alexander.Hovander@perstorp.se

