



INTYG FÖR SPECIALKOST I SKOLAN

Datum: _____ Läsår: _____

Elevens namn:	Personnr:
Skola:	Klass:
Vårdnadshavare:	Kontakt nr:
Vårdnadshavare:	Kontakt nr:

Äter frukost i skolan Äter lunch i skolan Äter mellanmål i skolan

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Laktos och mjölkfri | Tomat: <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad |
| <input type="checkbox"/> <u>Tål</u> laktos i mat, dricker laktosfri mjölk | Morot: <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad |
| <input type="checkbox"/> Sesam | Andra grönsaker: |
| <input type="checkbox"/> Fisk | _____ |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vetestärkelse | Äpple : <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein | Citrusfrukter: <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad |
| <input type="checkbox"/> Ägg | <input type="checkbox"/> Stenfrukter |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Baljväxter: Ärtor, bönor, linser |

Annan frukt/bär:

Övrig viktig information:

Annan kost pga medicinska skäl: _____

Har diabetes Behöver pga detta få förstärkt kost Ja Nej

Behöver barnet/eleven medicin vid reaktion på intag? Ja Nej

Är detta i så fall informerat till skolan? Ja Nej

Läkare, dietist eller skolsköterska: _____

Datum mottaget: _____