



## **Formulär för specialkost inom skolan och förskolan**

Specialkost ska tillhandahållas av medicinska, etiska eller religiösa skäl. Menyn för specialkost ska vara varierad och så lik den ordinarie maten som möjligt. Skolans restaurang erbjuder alltid vegetarisk eller andra alternativ för att kunna bemöta alla elevens önskemål. Blanketten ska uppdateras inför varje läsår.

**Blanketten ifylls av vårdnadshavare och lämnas till mentor/klasslärare på grundskola och direkt till köket för gymnasielever.**

- Nyanmälan
- Ingen förändring, men uppdatering inför nytt läsår
- Förändring

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Klass och Skola</b>	<b>Adress</b>

## **Kryssa för vilka mat ska uteslutas på grund av medicinska skäl.**

### **Krävs läkarintyg**

<input type="checkbox"/> Mjölprotein	<input type="checkbox"/> Sojaböner
<input type="checkbox"/> Spannmål av gluten	<input type="checkbox"/> Selleri
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Senap
<input type="checkbox"/> Kräftdjur	<input type="checkbox"/> Sesamfrö
<input type="checkbox"/> Blötdjur	<input type="checkbox"/> Svaveldioxid och sulfid
<input type="checkbox"/> Jordnötter	<input type="checkbox"/> Lupin
<input type="checkbox"/> Nötter och mandel	<input type="checkbox"/> Ägg
<input type="checkbox"/> Ärtor	

## **Eleven önskar av etiska/kulturella skäl ha följande kost.**

### **Krävs inget läkarintyg**

<input type="checkbox"/> Vegetarisk	<input type="checkbox"/> Kost utan fläskkött
<input type="checkbox"/> Vegan kost	<input type="checkbox"/> Minus blodmat
<input type="checkbox"/> Laktos	

**Övrig upplysning.**


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


Hur snabbt kommer reaktionen? \_\_\_\_\_

Har barnet/eleven akutmediciner? \_\_\_ Nej \_\_\_ Ja

Om ja, vilka och var förvaras dessa?

---

**Kontaktuppgifter:**

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

Telefon dagtid: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Telefondagtid: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

---

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

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

Läkarintyg bifogas

Namnsteckning: \_\_\_\_\_ Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_