



Barn och Utbildning
 Box 73, 845 21 Svenstavik
 0687 - 161 00

Beställning av specialkost - förskola/skola

Barnets/elevens namn	Förskola/skola	Avdelning/klass
Vårdnadshavare 1, namn		
Telefon dagtid	Mobiltelefon	
Vårdnadshavare 2, namn		
Telefon dagtid	Mobiltelefon	

Äter följande specialkost

<input type="checkbox"/> Diabeteskost (vid behov av mellanmål mm tag kontakt med köket)
<input type="checkbox"/> Laktovegetarisk kost
<input type="checkbox"/> Äter laktovegetarisk kost + fisk

Äter ej

<input type="checkbox"/> Soja protein inkl. sojalecitin	<input type="checkbox"/> Tomat	<input type="checkbox"/> Fläskkött
<input type="checkbox"/> Sojaprotein	<input type="checkbox"/> Morot	<input type="checkbox"/> Blodmat
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Paprika	<input type="checkbox"/> Fisk
<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/> Nötter	
<input type="checkbox"/> Laktos		
<input type="checkbox"/> Ägg		
Övrigt		

Vid specialkost av medicinska skäl ska intyg bifogas. Vid allergi/födoämnesöverkänslighet bifogas intyg från behandlande läkare. Vid behov av specialkost på grund av t.ex. neuropsykiatrisk problematik bifogas intyg från behandlande läkare eller medicinska elevhälsan.

Vi använder följande specialprodukter hemma
Vi använder följande av industrins färdiga produkter som finns i handeln
Reaktion efter intag av överkänsligt ämne

För övriga upplysningar, eller om raderna inte räcker till, går det bra att göra anteckningar på baksidan.

Blanketten med bifogat intyg lämnas till mentor i skolan/förskolepedagog i förskolan. Vid ändring av kosten ska en ny blankett lämnas till verksamheten.

OBS Det är mycket viktigt att du kontaktar verksamheten vid längre frånvaro samt att du hör av dig om du har synpunkter på den mat som serveras.

Datum	Vårdnadshavarens namnteckning
--------------	--------------------------------------