



## Intyg för specialkost

Elevens namn:	Personnummer:	Datum:
Skola/förskola/fritidshem:	Klass:	
Klassföreståndare/pedagogisk personal	Tfn:	
Målsman/vårdnadshavare:	Tfn (dagtid):	

Eleven önskar av etiska/kulturella skäl ha följande kost:

<input type="checkbox"/> Ej griskött	<input type="checkbox"/> Laktovegetarisk kost ( <i>ej kött/fisk men mjölk</i> )
<input type="checkbox"/> Övrigt: _____	<input type="checkbox"/> Lakto-ovovegetarisk kost ( <i>ej kött/fisk men mjölk och ägg</i> )
	<input type="checkbox"/> Lakto-ovovegetarisk kost med fisk ( <i>ej kött men mjölk, ägg och fisk</i> )

Eleven är överkänslig/allergisk mot:

Laktos, välj <u>ett</u> av följande alternativ: <input type="checkbox"/> enbart laktosfri dryck <input type="checkbox"/> laktoslåg mat	<input type="checkbox"/> Nötter, mandel, jordnötter och/eller sesamfrö (Serveras ej i Marks kommun)
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter
<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/> Rå tomat
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Kokt tomat
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Rå morot
<input type="checkbox"/> Sojaprotein	<input type="checkbox"/> Kokt morot
<input type="checkbox"/> Annan bönor, ärta, linser: _____	<input type="checkbox"/> Annat, nämligen: _____

### Viktig information! Ifylles alltid.

Symptom/reaktion och ev. akut behandling:

Behandlande läkare:	Tfn:
Skolsköterska	Tfn:

**Om behandlande läkare saknas kontakta skolsköterskan.**

Vid ändrade förhållanden samt vid byte av skola ansvarar vårdnadshavaren för att meddela köket.  
Vid eventuella frågor kring formuläret kontakta kommunens dietist tfn 0320-21 72 16.