



Ny anmälan

Ändring av tidigare inlämnad anmälan

## Anmälan om specialkost

Blanketten skall fyllas i och skickas åter i bifogat kuvert snarast alt lämnas till skola/förskola

**Eleven har ingen specialkost**

Elevens namn: ..... Avd/klass: .....

Personnummer: .....

### Vårdnadshavare 1

Namn: ..... Tel nr: .....

### Vårdnadshavare 2

Namn: ..... Tel nr: .....

## Specialkost av medicinska skäl:

Kryssa för de livsmedel som ska **uteslutas** i maten.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein    | <input type="checkbox"/> Ärtor                     |
| <input type="checkbox"/> Laktos         | <input type="checkbox"/> Bönor/linser              |
| <input type="checkbox"/> Laktos i dryck | <input type="checkbox"/> Jordnötter/mandel/nötter* |
| <input type="checkbox"/> Hårdost        | <input type="checkbox"/> Rå tomat                  |
| <input type="checkbox"/> Gluten         | <input type="checkbox"/> Tillagad tomat            |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein    | <input type="checkbox"/> Rå morot                  |
| <input type="checkbox"/> Veteprotein    | <input type="checkbox"/> Tillagad morot            |
| <input type="checkbox"/> Ägg            | <input type="checkbox"/> Rå paprika                |
| <input type="checkbox"/> Fisk           | <input type="checkbox"/> Tillagad paprika          |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur       | <input type="checkbox"/>                           |
| <input type="checkbox"/> Fågel          | <input type="checkbox"/>                           |

*\*Nötter/jordnötter finns inte i verksamheten, men vi behöver kunskap om ev allergi*

Vilka allergiska reaktioner får eleven: .....

Övriga upplysningar: .....

*Eventuellt kan intyg från behandlande läkare begäras.*

## Specialkost av andra skäl:

.....  
*Ex vegetariskt, religiöst*

Datum/underskrift vårdnadshavare 1

Datum/underskrift vårdnadshavare 2

.....

.....