

Personuppgifter

Elevens efternamn och förnamn	Skola
Klass	Mentor
Vårdnadshavare	Telefon dagtid

OBS! Specialkost serveras endast vid medicinska skäl.

Eleven behöver specialkost på grund av:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Laktosintolerans | <input type="checkbox"/> Glutenintolerans/Celiaki |
| <input type="checkbox"/> Mjölksproteinallergi | <input type="checkbox"/> Sojaproteinallergi |
| <input type="checkbox"/> Äggallergi | <input type="checkbox"/> Annan allergi/intolerans: |

Annan medicinsk diagnos som kräver anpassad kost

Ange typ av anpassad kost:

Denna blankett styrkes med ett läkarintyg/journalföring/intyg från skolsjuksköterska som bifogas.

Datum:

Vårdnadshavares underskrift:

Blanketten lämnas till mentor.

Vårdnadshavare ansvarar för att informationen är korrekt.

Finns inget läkarintyg/journalföring om kost? Vänd er till sjuksköterskan på skolan.