

Elev med behov av specialkost

{ Kopia alltid till }
{ Skolsköterska }

Formuläret lämnas till mentor/lärare för vidarebefordran till skolmåltidspersonal och skolsköterska.

Ska förnyas varje läsår!

Elevens namn	Personnummer
Förskola/skola	Klass
Vårdnadshavare 1 namn	Vårdnadshavare 2 namn
Tfn hem/mobil	Tfn hem/mobil

Kryss för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur maten:

<input type="checkbox"/> Mjölprotein * <input type="checkbox"/> Laktos <input type="checkbox"/> Endast mjölk som dryck Tål hårdost: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Gluten * <input type="checkbox"/> Fisk * <input type="checkbox"/> Skaldjur * <input type="checkbox"/> Ägg * <input type="checkbox"/> Fågel * <input type="checkbox"/> Sojaprotein * <input type="checkbox"/> Ärtor * <input type="checkbox"/> Bönor/Linser * <input type="checkbox"/> Jordnötter <input type="checkbox"/> Mandel <input type="checkbox"/> Nötter	Tomat: <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Morot: <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Andra grönsaker eller rotfrukter: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Apelsin <input type="checkbox"/> Citrusfrukter <input type="checkbox"/> Äpplen <input type="checkbox"/> Jordgubbar <input type="checkbox"/> Kiwi <input type="checkbox"/> Persika <input type="checkbox"/> Nektarin Andra frukter eller bär: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Fläsk <input type="checkbox"/> Nöt <input type="checkbox"/> Blod Övrigt t ex laktovegetarisk/ vegankost (ange själv) _____ _____ _____ _____
Kost markerad med * kräver intyg från läkare eller dietist			
Kostrekommendationerna kommer från:			
<input type="checkbox"/> Barn- och ungdomskliniken <input type="checkbox"/> Vårdcentral/BVC <input type="checkbox"/> Skolhälsovård <input type="checkbox"/> Annan			
Namn:		Tel:	

Finns läkarintyg? Ja Nej

Finns risk för svåra akuta reaktioner? Ja Nej

Mot vad?.....

Har barnet akutmedicin om det får i sig fel mat? Ja Nej

I så fall vilka?.....

Det är mycket viktigt att målsman informerar förskollärare och lärare vid förändringar i barnets matöverkänslighet!

Ort	Datum	Målsmans underskrift
-----	-------	----------------------