

Anmälan om behov av specialkost samt annan kost som avviker från den ordinarie kosten

Elevens/barnets namn: _____

Skola/daghem: _____ Klass/grupp: _____

Vårdnadshavarens telefonnummer under skol/dagistid: _____

Specialkost av hälsoskäl på basis av läkarens eller hälsovårdarens intyg☐

Celiaki

☐

Mjölkfri

☐

Laktosfattig

☐

Laktosfri kost

☐

Laktosfri, endast dryck

Matallergier:☐

fisk

☐

jordgubbe

☐

ägg

☐

äppel

☐

ägg i maten ger inte symtom

☐

nötter, mandel

☐

tomat

☐

rå morot

☐

citrusfrukter

☐

paprika

☐

ärter, bönor

☐

sädesslag, vilket/ vilka?

Annat, vad/ vilka? _____

Förstahjälpsåtgärder vid behov _____

Om specialkost har överenskommits till _____ varefter nya anvisningar ges

Annan kost som avviker från den ordinarie kosten☐

inte blodmat

☐

inte griskött

Hälsovårdarens underskrift, datum: _____

Intyg av hälsovårdare eller läkare skickas till centralköket Klockarvägen 2, 04130 Sibbo.