



Specialkost

- Blanketten lämnas till klasslärare i början av varje läsår.

Uppgifter om eleven

| | |
|--------------------|--------------|
| För- och efternamn | |
| Gatuadress | |
| Postnummer | Postort |
| Personnummer | Årskurs |
| Vårdnadshavare 1 | |
| Vårdnadshavare 2 | |
| Mobiltelefon | Mobiltelefon |

Eleven är allergisk mot

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gluten/celiaki | <input type="checkbox"/> Laktos | <input type="checkbox"/> Mjölprotein | <input type="checkbox"/> Fisk |
| <input type="checkbox"/> Ägg | <input type="checkbox"/> Nötter, mandlar | <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Sojaprotein |
| <input type="checkbox"/> Baljväxter (ärtor, bönor, kikärtor, l inser) | <input type="checkbox"/> Annat: | | |
| Hur ser en allergisk reaktion ut för barnet? | | | |
| Vad gör vi när eleven får en allergisk reaktion? | | | |
| Ska eleven använda medicin vid en eventuell reaktion? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, instruktion och medicin finns hos: | | | |

Obs! lämna även in läkarintyg, tack!

Annan kost

| | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetarian | <input type="checkbox"/> Kost fri från gris | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Annat: |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|

Datum, underskrift och namnförtydligande

Mariefred den ___ / ___ 20__