

ANMÄLAN OM SPECIALKOST

Vårdnadshavaren fyller i nedanstående blankett. Blanketten lämnas in till skolans kansli i två exemplar.

Den grundläggande utbildningen och matservicen

Elevens vårdnadshavare fyller i

1/2025

Läkarintygets giltighet:

/ 20 - / 20

behöver inte förnyas ☐ (celiaki, diabetes, laktosfri)

BASUPPGIFTER	Efternamn	
	Förnamn	Födelseid
	Skola	Årskurs
	Vårdnadshavare	Telefon E-post
SPECIALKOST AV HÄLSOSKÄL Vårdnadshavaren lämnar på begäran in läkarintyget till skolhälsovårdaren.	☐ Diabetes (en personlig måltidsplan som bilaga vid behov) ☐ Celiaki, tål inte havre ☐ Celiaki, glutenfri havre passar ☐ Celiaki, tål inte glutenfri vetestärkelse ☐ Laktosfri kost ☐ Födoämnesallergi med svåra symtom ☐ Adrenalinspruta som reservmedicin	
	Förbjudet födoämne _____ _____ _____ _____ _____	Fara för systemisk allergisk reaktion, dvs. anafylaxi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
ÖVRIG KOST Inget läkarintyg	☐ Vegetarisk kost (lakto-ovo) Äter ☐ Fisk ☐ Laktosfattig	
ÖVRIG SPECIALKOST religiösa skäl		

ÄNDRINGAR I KOSTEN	Vårdnadshavaren informerar skolköket om elevens frånvaro. Vårdnadshavaren meddelar ändringar i elevens kost till skolan och skolköket. Om eleven byter skola, ska vårdnadshavaren fylla i blanketten på nytt och skicka den till den nya skolan. . Det är alltid vårdnadshavarens ansvar att meddela ändringar.
UNDERSKRIFT	Datum Vårdnadshavarens underskrift

Blanketten förvaras av skolan och matservicen så länge eleven går i den ifrågavarande skolan.