



Ansökan om specialkost

Inför varje läsårsstart och vid start/byte av förskola/skola ska vårdnadshavare skicka in ny ansökan om specialkost.

Förskolan: Blanketten lämnas till förskolans personal som vidarebefordrar till köket "två valv och kök". Vid behov av anpassad måltid som en del av förskolans/skolans handlingsplan för enskilt barn/elev tas kontakt med rektor/elevhälsan på respektive förskola/skola.

Vid barn/elevs sjukdom:

Förskolan: Frånvaroanmälan sker till förskolans personal via sms SENAST kl 7.15 som i sin tur meddelar köket.

Avslut specialkost

Avanmälan ska göras till förskola/skola när specialkost inte längre är aktuellt.

Barn/Elev	Namn	Personnummer (xxxx-xx-xx)
Placering	Förskola/Skola	Avdelning/Klass
Specialkost av medicinska skäl (läkarintyg bifogas)	Allergisk/Överkänslig mot: <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Komjölkprotein <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> Skaldjur <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> Andra baljväxter, vilka? <input type="checkbox"/> Annat: _____	
Specialkost av andra skäl	Laktos, välj ett av följande alternativ: _____ <input type="checkbox"/> Enbart laktosfri dryck behövs <input type="checkbox"/> Laktosfri dryck och laktosfri kost behövs _____	
	<input type="checkbox"/> Vegetarisk (lakto-ovo) kost <input type="checkbox"/> Vegetarisk (lakto-ovo) kost + fisk <input type="checkbox"/> Fläskfri kost (ej Halal)	
Övrigt	Klaras barnet/eleven att äta det han/hon reagerar på i tillagad form, eller i kryddblandning? Beskriv: _____	
Vårdnadshavare	Datum	Underskrift
	Telefonnummer/mobil	
	Datum	Underskrift
	Telefonnummer/mobil	

SKA NI BARA EN TID TESTA T.EX LAKTOSFRI KOST, BEHÖVS EJ DETTA INTYG. NI PRATAR DÅ ENBART MED PERSONALEN OM ATT NI SKA TESTA DETTA UNDER XXXX TID.