

Specialkostintyg

Barnets namn: _____

Personnummer: _____

Förskola: _____

Avd: _____

Vårdnadshavarens namn: _____

Tfn nr: _____

Specialkost

- Allergi/överkänslighet mot följande födoämnen (ange om födoämnet behöver uteslutas helt eller kan tålas i mindre mängd eller i tillagad form).

- Specialkost, exempelvis diabeteskost, glutenfri kost, laktosfri kost (ange om mjölk i kosten går bra, om hårdost går bra).

- Religiösa skäl

 Ej fläsk Ej blodprotein Övrigt

- Vegetarisk kost, ange alternativ

 Vegankost Laktovegetarisk kost (vegetarisk + mjölk) Laktoovovegetarisk kost (vegetarisk+ mjölk + ägg) Äter fisk Äter kyckling

Datum: _____ Vårdnadshavare: _____

Bifoga gärna intyg från läkare.

Specialkostintyg

(Fortsättning)

Fylls i vid behov, t ex vid allergi/överkänslighet)

Kom överens med föräldrar vem/vilka som behöver ha denna information.

Vilka symptom får barnet vid intag av det/ de födoämnen hon/han är allergisk/överkänslig mot?

Vilka eventuella åtgärder ska vidtas vid reaktion på födoämne?

Vem ska kontaktas om barnet får en reaktion?

Namn: _____ Tfn nr: _____

Namn: _____ Tfn nr: _____