

Specialkostintyg inom förskola/skola

Ifylles av vårdnadshavare till barn som behöver specialkost.
Lämnas till skolan/förskoleområdets expedition snarast innan skolstart.

Barnets namn	Personnummer
Förskola/ Skola	Avd/ Klass
Telefonnummer hem	Telefonnummer vid behov av snabb kontakt

Överkänslighet: (bifoga även intyg från läkare)

Var vänlig och markera med ett kryss vad som gäller för ditt barn.

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabeteskost | <input type="checkbox"/> Mjölkteinri kost |
| <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Nötter(jordnötter, mandel) Vilken: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glutenfri kost | <input type="checkbox"/> Sojaprotein |
| <input type="checkbox"/> Laktosreducerad kost | <input type="checkbox"/> Ägg |
| <input type="checkbox"/> Laktosfri kost | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |
| <input type="checkbox"/> Luftburen allergi. Vilken: _____ | |

Övrig specialkost:

- | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laktovegetarisk kost | <input type="checkbox"/> Fläskfri kost |
| <input type="checkbox"/> Lakto-ovo-vegetarisk kost | <input type="checkbox"/> Barnet behöver inte längre specialkost |

- Härmed samtycker jag som vårdnadshavare att uppgifterna registreras enligt personuppgiftslagen 1998:4.
Syftet med detta register är ett led i kvalitetssäkringen att rätt person får en kost enligt sina behov.

Underskrift

Datum

.....
Vårdnadshavare

.....
Namnförtydligande

.....
Vårdnadshavare

.....
Namnförtydligande