



SPECIALKOSTBLANKETT

Vårdnadshavare fyller i formuläret och lämnar det till lärare i förskola/skola som vidarebefodrar originalet till Kostenheten. Kostenheten vidarebefodrar kopia till skolsköterska och köket i den förskola/skola barnet går på.

Barnets namn	Personnummer
Förskola/skola	Avdelning/klass
Vårdnadshavares namn och telefonnummer	Vårdnadshavares namn och telefonnummer

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall uteslutas ur maten

<input type="checkbox"/> Mjölprotein <input type="checkbox"/> Laktos <input type="checkbox"/> Endast mjölk som dryck Tål hårdost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Skaldjur <input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> inkl E 1105 <input type="checkbox"/> Fågel <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> inkl E426 <input type="checkbox"/> Ärtor <input type="checkbox"/> inkl E 410,412,413,414,417 <input type="checkbox"/> Bönor/Linser <input type="checkbox"/> inkl E 410,412,413,414,417 <input type="checkbox"/> Jordnötter <input type="checkbox"/> inkl E 410,412,413,414,417 <input type="checkbox"/> Mandel <input type="checkbox"/> Nötter <input type="checkbox"/> Curry <input type="checkbox"/> inkl E 410,412,413,414,417 <input type="checkbox"/> Sädesslag <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> Behöver ingen specialkost <input type="checkbox"/> Har tagit del av informationen	<i>Tomat</i> <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad <i>Lök</i> <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad <i>Morot</i> <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad <i>Paprika</i> <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad <i>Apelsin</i> <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Andra grönsaker eller rotfrukter: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Citrus rå <input type="checkbox"/> Citrus tillagad <input type="checkbox"/> Citrus i kryddor <input type="checkbox"/> Jordgubbar <input type="checkbox"/> Kiwi <input type="checkbox"/> Kärnfrukt <input type="checkbox"/> Stenfrukt Andra frukter eller bär: _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Fläskkött <input type="checkbox"/> Nötkött <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Övrigt t.ex. lakto- vegetarisk / vegankost (ange själv): _____ _____ _____
---	--	--	---

Kostrekommendationerna kommer från:

- Barn- och ungdomskliniken
 Vårdcentral/BVC
 Skolhälsovården
 Annan _____

Kontaktpersons underskrift o tel.nr: _____

Övriga upplysningar ex. symtom/reaktion

Ifylls av personal:

Specialkostkock: _____ Telefon: _____
 (gäller endast mottagningskök)

Kontaktperson förskolans/skolans kök: _____ Telefon: _____