



Kostenheten

Barnets/elevers förnamn	Barnets/elevers efternamn	Personnummer
Förskolans/skolans namn	Avdelning/klass	Vårdnadshavarens e-post
Vårdnadshavarens namn	Vårdnadshavarens telefon dagtid	Vårdnadshavarens telefon kvällstid

Specialkost av medicinska skäl som allergi och intolerans

Laktosfri kost

Övrigt, ange vad

Glutenfri kost

Minus ägg

Laktoovovegetarisk kost (ägg och mjölkprodukter ingår)

Övrigt, ange vad

Minus fläskkött

Kryssa för vilken reaktion barnet/eleven får vid intag av det/de födoämnen

Livshotande reaktion, skall kontakta läkare och/eller använda specifik medicin omgående.
Det är viktigt att aktuell handlingsplan finns vid respektive förskola/skola.

Ingen livshotande reaktion uppstår.

Specificera särskilda upplysningar om tillagning, hantering med mera om behovet finns.

Vårdnadshavaren intygar att barnet/eleven äter specialkost även vid måltider som serveras i hemmet. (Kryssa i)

Datum:

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande