



INTYG SPECIALKOST

Plats för foto

Behöver ditt barn specialkost fyller du i blanketten när barnet börjar förskolan/skolan. Förnya intyget varje hösttermin. Kontakta förskolan/skolans kök och avbeställ specialkosten om barnet är hemma. Meddela köket när barnet är tillbaka igen.

Barnets namn:	År: Termin:
Födelsedatum:	Förskola/skola: Avdelning/klass:
Vårdnadshavare: Adress:	Vårdnadshavare: Adress:
Telefon: Mobiltelefon:	Telefon: Mobiltelefon:
Emejl:	Emejl:

Beskriv barnets diagnos/sjukdom:

Kostrekommendationerna kommer från:

Barn- och ungdomskliniken Vårdcentral/BVC Skolhälsovården

Namn: _____ Tel.nr: _____

Vårdnadshavares underskrift:

Symtom vid allergisk reaktion:

Har utskriven adrenalinspruta för födoämnesöverkänslighet

Ifylls av köket:

Kontaktperson i köket: _____ Telefon: _____

Specialkostkock: _____ Telefon: _____
(endast mottagningskök)

Emejl: _____

VÄND

BESTÄLLNING

Barnets namn: _____

Förskola/skola: _____

Avdelning/Klass: _____

Äter barnet frukost i förskolan/skolan? JA NEJ Äter barnet mellanmål i förskolan/skolan? JA NEJ

Markera de livsmedel som barnet/eleven INTE kan äta

<input type="checkbox"/> Komjölksprotein <hr/> <input type="checkbox"/> Laktos (mjölksocker) Kan äta/dricka: <input type="checkbox"/> Mjök som dryck <input type="checkbox"/> Hårdost <hr/> <input type="checkbox"/> Gluten (råg, korn, vete) <input type="checkbox"/> Vete <input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Skaldjur <input type="checkbox"/> Kyckling, kalkon <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> Ärtor/bönor/linser <input type="checkbox"/> Jordnötter <input type="checkbox"/> Nötter, mandel	Tomat <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Morot <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Paprika <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Andra grönsaker/ rotfrukter: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Apelsin <input type="checkbox"/> Citrusfrukter <input type="checkbox"/> Äpplen <input type="checkbox"/> Jordgubbar <input type="checkbox"/> Kiwi <input type="checkbox"/> Persika <input type="checkbox"/> Nektarin Andra frukter/bär: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Fläskkött <input type="checkbox"/> Nötkött <input type="checkbox"/> Blod <hr/> Övrig kost: <input type="checkbox"/> Laktovegetarisk Annan: _____ _____ _____ _____
Kan dela förpackning med andra som har samma kost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Skriv ut

Rensa