

# INTYG OM FÖDOÄMNESREAKTIONER OCH ÖVRIGA SPECIALKOSTER

Barnets/Elevens namn \_\_\_\_\_

Förskola / Skola / Ny skola \_\_\_\_\_

Födelsedatum \_\_\_\_\_

Klass \_\_\_\_\_

Målsmans namn \_\_\_\_\_

Telefon bost. \_\_\_\_\_

Telefon arb. \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Postnr/ort \_\_\_\_\_

**FÖDOÄMNESREAKTIONER:** Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska **uteslutas** ur maten.

Mjölk

Laktos (mjölksocker)

Komjölksprotein

Fisk

Ägg

Kyckling

Jordnötter

Sojaprotein inkl  
sojasläktingar

Ärtor

Bönor/Linser

Gluten

Vete

Tomat

Rå

Tillagad

Morot

Rå

Tillagad

Äpple

Rå

Tillagad

Andra grönsaker  
eller rotfrukter

såsom: \_\_\_\_\_

Nötter

Mandel

Apelsin

Småcitrus

Jordgubbar

Kiwi

Persika

Nektarin

Annand frukt/bär: \_\_\_\_\_

Övrigt: \_\_\_\_\_

Om barnet/eleven äter de förkryssade födoämnen blir reaktionen: \_\_\_\_\_

Hur snabbt kommer reaktionen: \_\_\_\_\_

## ÖVRIGA SPECIALKOSTER

Blod-och inälvsfri kost

Fläskköttfri kost

Köttfri kost

Diabetes kost

vegan kost (enbart vegetabilier)

lakto-vegetarisk (vegetabilier, mjölkprodukter)

lakto-ovo-vegetarisk

(vegetabilier, mjölkprodukter, ägg)

Övrigt: \_\_\_\_\_

Övriga upplysningar: \_\_\_\_\_

Vilka är barnets/elevens favoriträtter: \_\_\_\_\_

**OBS! Vänligen kontakta köket när ditt barn inte ska ha mat Tel:0281-75120**

Målsmans underskift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Namn förtydligare \_\_\_\_\_

Kopia skickas till: Köksansvarig

Skolsköterska

Klassföreståndare

Fritids

I förekommande fall:

Hemkunskap

Elevens val