

ANSÖKAN

Särskild kost, intyg födoämnsreaktioner

Till vårdnadshavare med barn i förskola/skola

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Elevens namn	Förskola/skola	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Födelsedatum	Klass	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vårdnadshavarens namn	Telefon arbete	Mobiltelefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bostadsadress	Postadress	

Om jag äter något/några/flera av livsmedlen nedan reagerar jag med följande besvär (ange även hur snabbt reaktionen kommer). **Läkarintyg eller läkarutlåtande bifogas!**

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

Mjölk - Laktos Hur mycket mjölk/fil/joghurt tål du per dag? ___ dl. Komjölksprotein

Tomat rå Tomat tillagad Morot rå Morot tillagad

Andra grönsaker eller rotfrukter (ange själv) _____

Fisk Skaldjur Ägg Kyckling Jordnötter

Sojaprotein Ärtor Bönor/Linser Gluten Nötter

Mandel Apelsin Citrusfrukter Äpplen Jordgubbar

Kiwi Persika Nektarin Annan frukt/bär: _____

Övrigt (ange själv): _____

Vilka är dina favoriträtter? _____

Övriga upplysningar (ange t ex om livsmedlen ska uteslutas på grund av religiösa skäl):

Vårdhavarens underskrift

Som förälder ansvarar du för att måltidspersonalen meddelas om barnet är frånvarande från förskolan/skolan.

Telefonnummer till kock/kokerska: