



**SKOLA/FÖRSKOLA**

## Kostintyg

**Blanketten fylls i av förälder/vårdnadshavare och inlämnas till barnets klasslärare/mentor/förskoleavdelning inför varje nytt läsår.**

Elevens namn:	Personnummer:
Adress, postnr, ort:	Telefonnummer:
Skola och klass:	Läsår:

<input type="checkbox"/> Läkarintyg bifogas nu	<input type="checkbox"/> Läkarintyg har lämnats tidigare
--	--

### Eleven skall av medicinska skäl ha följande specialkost:

*För specialkost av medicinska skäl krävs läkarintyg*

Kost fri från <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Laktosfri Laktos, tål mjölk i maten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Mjölprotein <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Skaldjur <input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> Ärt/baljväxter	<input type="checkbox"/> Nötter/ mandel <input type="checkbox"/> Jordnötter <input type="checkbox"/> Morot, rå <input type="checkbox"/> Morot, tillagad <input type="checkbox"/> Paprika, rå <input type="checkbox"/> Paprika, tillagad <input type="checkbox"/> Tomat, rå <input type="checkbox"/> Tomat, tillagad	Frukter, ange vilka: ..... ..... Övrigt: ..... .....
Klarar eleven/barnet mindre mängder av det den reagerar på så skriv det här: <i>(Exempel: Tål paprika och tomat i kryddblandningar.)</i>		

Följande reaktion kan uppstå om barnet/eleven äter något av de ikryssade livsmedlen: .....

.....

Vårdnadshavares för- och efternamn	Datum
Vårdnadshavares underskrift	Tfn dagtid