

Kostenheten

INTYG/SPECIALMATSUNDERLAG

Anita Åberg, 0612/80413 Gäller endast tillsammans med intyg från läkare eller dietist

Datum:

Elevens namn:

Skola

Vårdnadshavarens namn:

Klass

Adress

Telefon, dagtid:

Mobiltelefon:

Kryssa för eller ange vilket/vilka livsmedel som skall uteslutas ur maten.

Obs! Gäller endast allergiöverkänslighet

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Ägg | Tomat
<input type="checkbox"/> -Rå | <input type="checkbox"/> Nötter/Mandel |
| <input type="checkbox"/> Laktos* | <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> -Tillagad | <input type="checkbox"/> Citrusfrukt |
| <input type="checkbox"/> Mjolkprotein | <input type="checkbox"/> Skaldjur | Morot | <input type="checkbox"/> Äpple |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein | <input type="checkbox"/> Kyckling | <input type="checkbox"/> Rå | <input type="checkbox"/> Kivi |
| <input type="checkbox"/> Baljväxter | <input type="checkbox"/> Baljväxter | <input type="checkbox"/> Tillagad | <input type="checkbox"/> Persika/nectarin |
| Övrigt:
_____ | Andra grönsaker
eller rotsaker:
_____ | | Annan frukt/bär:
_____ |
| _____ | _____ | | _____ |
| _____ | _____ | | _____ |

* Skall inte blandas ihop med behovet av en IBS kost.

Mitt barn behöver något av följande koster:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fläskfri kost | <input type="checkbox"/> Lakto-ovo-vegetarisk kost |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Laktovegetarisk kost |
| <input type="checkbox"/> Annan kost _____ | |
| _____ | |

Övriga uppgifter:

Reaktioner som uppstår vid intag:

Övriga upplysningar:

Vårdnadshavarens underskrift:
