



Ankomstdatum
--------------

## KOSTINTYG FÖRSKOLA

Nytt intyg ska lämnas in till förskolans kök inför varje nytt kalenderår

Barnets för- och efternamn	Förskola
Behandlande läkare/avd/mott/sjukhus etc	Kalenderår

*För specialkost av medicinska skäl krävs läkarintyg*

### Ändrad kost på grund av religiösa och etiska skäl

(Kryssa för de livsmedel som ska uteslutas ur maten)

- Fläskkött       Blod       Nötkött

### Kost på grund av födoämnesallergi

(Kryssa för de livsmedel som ska uteslutas ur maten)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laktos          | <input type="checkbox"/> Nötter/Mandel     |
| <input type="checkbox"/> Komjölksallergi | <input type="checkbox"/> Jordnötter        |
| <input type="checkbox"/> Gluten          | <input type="checkbox"/> Bönor/Linser      |
| <input type="checkbox"/> Vetestärkelse   | <input type="checkbox"/> Morot, rå         |
| <input type="checkbox"/> Fisk            | <input type="checkbox"/> Morot, tillagad   |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur        | <input type="checkbox"/> Paprika, rå       |
| <input type="checkbox"/> Ägg             | <input type="checkbox"/> Paprika, tillagad |
| <input type="checkbox"/> Kyckling        | <input type="checkbox"/> Tomat, rå         |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein     | <input type="checkbox"/> Tomat, tillagad   |
| <input type="checkbox"/> Ärter           |  |

Frukter ange nedan:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övrigt ange nedan:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Följande reaktion kan uppstå om barnet äter något av de ikryssade livsmedlen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övriga upplysningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vid förändringar i kosten eller vid frånvaro kontakta måltidspersonalen på förskolan. Vid frånvaro längre än 14 dagar, utan avanmälan, tas specialkosten bort.**

Vårdnadshavares för- och efternamn	Datum
Vårdnadshavares underskrift	Tfn dagtid