



Ankomstdatum

KOSTINTYG GRUNDSKOLA OCH GYMNASIUM

Nytt intyg ska lämnas in till skolans kök inför varje nytt läsår

Elevens för- och efternamn	Skola	Klass
Behandlande läkare/avd/mott/sjukhus etc		Läsår

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 eleven äter något av de ikryssade livsmedlen: _____

Övriga upplysningar: _____

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

Vårdnadshavares för- och efternamn	Datum
Vårdnadshavares underskrift	Tfn dagtid