

Specialkostblankett

Elevens namn: _____ Skola: _____

Ansvarig pedagog: _____ Klass: _____

Födoämnesallergi/känslighet kräver läkarintyg

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein | <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Baljväxter ange sort _____ |
| <input type="checkbox"/> Laktos | <input type="checkbox"/> Kräftdjur | <input type="checkbox"/> Annat livsmedel, ange om livsmedlet kan ätas tillagat
eller som krydda tex paprika rå men det går bra som krydda |
| <input type="checkbox"/> Ägg | <input type="checkbox"/> Blötdjur | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Senap | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vetestärkelse | <input type="checkbox"/> Selleri | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sesam | <input type="checkbox"/> Sojaprotein | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nötter | <input type="checkbox"/> Lupin | |

Denna kost serveras i samråd med skolhälsovården och/eller behandlande läkare/dietist

- Diabetes
- Personlig kost _____

Vegetarisk eller vegankost

- Vegan Vegetarian

Eleven äter Fisk Skaldjur Blötdjur

Kost av religiösa eller etiska skäl

Eleven äter inte:

- Fläskkött Blodmat Nötkött Fågel

Intyg av vårdnadshavare

Datum Namn (Vårdnadshavare)

I och med att du fyller i denna blankett så samtycker du till att denna information sparas och används av oss i enlighet med gällande lagstiftning, för närmare beskrivning av hantering var vänlig vänd er till skola.

Lämnas till skolsköterska Sara.
sara@sterik.net

SKOLSKÖTERSKA
S:T ERIKS KATOLSKA SKOLA
HEMMANSVÄGEN 8
122 38 ENSKEDE
TEL. 08-121 494 05