

# INTYG FÖR SPECIALKOSTER



Vänersborgs  
kommun

Plats för  
foto

LÄSÅR: \_\_\_\_\_

Datum:	Klass:	Skolans namn:
Elevens namn:		Personnummer:
Vårdnadshavare:	Telefon dagtid:	hem:
Vårdnadshavare:	Telefon dagtid:	hem:

## Vid födoämnesreaktion:

Om jag äter något/några/flera av livsmedlen nedan reagerar jag med följande besvär. Ange även hur snabbt reaktionen kommer och om allergin är luftburen.

---

---

---

## **Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall uteslutas ur maten.**

<input type="checkbox"/> Mjök	<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Tomat	<input type="checkbox"/> Rå	Övriga livsmedel som skall uteslutas: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tillagad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Morot	<input type="checkbox"/> Rå	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tillagad	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kyckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nötter	<b>Övriga specialkoster:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mandel	<input type="checkbox"/> Diabeteskost
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sojaprotein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	<input type="checkbox"/> Annan kost
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Äpplen	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bönor/Linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jordgubbar	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Havre	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Spannmål(vete, råg, korn)			_____

Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_

(gäller ej elev över 18 år)

Vårdnadshavare ansvarar för att underrätta  
berörd personal.

Skolsköterskans underskrift: \_\_\_\_\_

Kopia lämnad till klasslärare av skolhälsovård.

Medicinsk handlingsplan bifogas för  
kompletterande information.

Sign. Mottagningskök: \_\_\_\_\_

## **Avskiljs och behålls av förälder!**



När Er son/dotter av någon anledning stannar hemma från skolan, önskar vi bli uppringda redan på morgonen så att mat inte lagas till i onödan. Meddela också när Ert barn är tillbaka i skolan igen.

Det är också mycket viktig för oss att få meddelande om kosten förändras.

(Förändringar skall även meddelas skolsköterskan.)

**Vårt tel nr: 0521-72 15 78**

Ali Nasser-Aldin, dietkock Torpaskolan

**INTYG FÖR  
SPECIALKOSTER**

Tillhandahåller mat till elever på skolorna: Blåsut, Öxnered, Onsjö, Tärnan, Mariedal, Norra, Vänerparken och Torpa