

## Specialkost grundskola

Ska kompletteras med intyg från läkare eller dietist

Plats  
för foto

### Uppdatering av information:

Varje år ska skolan uppdatera uppgifterna vi har. Var vänlig och fyll i blanketten med aktuella uppgifter.

Originallet förvaras hos mentor. Kopia till kök och skolhälsovård.

Elevens namn:	Födelseår:	Datum:
Skola:	Klass:	
Vårdnadshavarens namn:	Telefon dagtid:	Epost:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eleven önskar lakto-ovo-vegetarisk kost | <input type="checkbox"/> Eleven önskar lakto-ovo-vegetarisk kost + fisk |
| <input type="checkbox"/> Eleven äter inte fläskkött (griskött)   | <input type="checkbox"/> Annat  |

<input type="checkbox"/> Endast mjölk som dryck och kalla filsåser behöver laktosreduceras	<input type="checkbox"/> Rå tomat
<input type="checkbox"/> Laktos i mat och dryck reduceras	<input type="checkbox"/> Tillagad tomat
<input type="checkbox"/> Mjölprotein (alla mjölkprodukter utesluts)	<input type="checkbox"/> Rå morot
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Tillagad morot
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Rå paprika
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Tillagad paprika
<input type="checkbox"/> Fågel	<input type="checkbox"/> Nötter, mandel, jordnötter eller sesamfrön (Serveras ej i Sollefteå Kommuns skolor)
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Övrigt: (T.ex. matöverkänslighet där eleven tål en grönsak/frukt bär i tillagad men ej rå form):
<input type="checkbox"/> Sojaprotein	
<input type="checkbox"/> Baljväxter	
Vilken/Vilka? _____	

Om eleven äter någon/några av livsmedlen kan följande reaktion uppstå:

Annan viktig information:

_____	_____
Datum	Namnteckning vårdnadshavare

Postadress	Besöksadress	Telefon	Hemsida	Organisationsnummer
Sollefteå Kommun	Sollefteå Kommun	0620-68 20 00	www.sollefteå.se	212000-2437
Djupövägen 3	Djupövägen 3		Epost	Bankgiro
881 80 Sollefteå	Sollefteå		kommun@sollefteå.se	770-6269