



Blankett för beställning av avvikande kost

Beställningen ska göras per läsår och uppdateras inför varje nytt läsår.

Elevens namn: _____

Vårdnadshavares namnteckning: _____

Telefon dagtid: _____

Följande dietkoster serveras efter fastställd diagnos av sjukvården.

Eleven tål ej: Komjölksprotein Laktos Gluten

Eleven är diabetiker

Diagnosen fastställd av: *(Kopia på eventuellt intyg från sjukvården önskas, om detta inte lämnats till skolan vid tidigare tillfälle)*

Läkare (namn): _____

Dietist (namn): _____

Sjuksköterska (namn): _____

Annan sjukvårdspersonal (namn & titel): _____

Eleven tål ej: *(Kopia på eventuellt intyg från sjukvården önskas, om detta inte lämnats till skolan vid tidigare tillfälle)*

Ägg Kyckling Citrus Baljväxter Nötter och mandel

Soja Röda frukter och bär (notera vilket livsmedel under övrigt) Fisk

Övrigt: Hur uttrycker sig symptomen om eleven får i sig något av det förkryssade? Ev. medicin som köket bör känna till.

Ett krav från köket är att eleven alltid äter den beställda maten.