|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kommun**  **Ämbetsverk** | **ANMÄLAN OM SPECIALDIET DAGHEMS/SKOLBESPISNING**  **Barnets vårdnadshavare fyller i** | Gäller fr.o.m.  \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_  behöver inte förnyas (celiaki, diabetes, laktosfri diet) |
| **PERSONUPPGIFTER** | Efternamn | |
| Förnamn | Födelsedatum |
| Daghem/skola | Grupp/klass |
| Vårdnadshavare | Telefon/e-post |
| **SPECIALDIET AV HÄLSOSKÄL**  Läkarintyg  som bilaga | Diabetes (individuell måltidsplan bifogas vid behov) | |
| Celiaki, tål inte havre  Celiaki, glutenfri havre passar  Celiaki, tål inte glutenfri vetestärkelse | |
| Laktosfri diet | |
| Födoämnesallergi med svåra symtom  Adrenalinspruta som reservmedicin  Förbjudet födoämne Risk för generaliserad allergisk  reaktion (anafylax)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ANNAN DIET**  Inget läkarintyg  (anmälan från föräldrarna räcker) | Vegetarisk kost (lakto-ovo) Äter:  fisk ☐ fjäderfä | |
| Religiös diet:  inget griskött ☐ inga blodrätter ☐ inget nötkött | |
| Laktosfattig | |
| **ANNAT ATT OBSERVERA**  (anmälan från föräldrarna räcker) | Lindriga allergisymtom som kan beaktas under måltiderna. | |
| **ÄNDRINGAR I DIETEN** | Meddela daghemsföreståndaren/skolhälsovårdaren om alla ändringar. Daghemsföreståndaren/skolhälsovårdaren ansvarar för att informera köket. | |
| **UNDERSKRIFT** | Datum Vårdnadshavarens underskrift | |