|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kommun** **Ämbetsverk** | **ANMÄLAN OM SPECIALDIETDAGHEMS/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 reservmedicinFörbjudet 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 |