|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kommunen**  **Myndigheten** | **ANMÄLAN OM SPECIALDIET PÅ DAGHEMMET/I SKOLAN**  **BARNETS VÅRDNADSHAVARE FYLLER I** | Gäller fr.o.m.  \_\_\_/\_\_\_ /20\_\_\_  vårdnadshavaren har uppvisat ett läkarintyg, behöver inte förnyas (celiaki, diabetes, laktosintolerans) |
| **BARNETS PERSONUPPGIFTER** | Efternamn | |
| Förnamn | Födelsedatum |
| Daghem/skola | Grupp/klass |
| Vårdnadshavare | Telefon/e-post |
| **SPECIALDIET AV HÄLSOSKÄL**  Läkarintyg  som bilaga | Diabetes (bifoga individuell måltidsplan vid behov) | |
| Celiaki, tål inte havre  Celiaki, tål glutenfri havre  Celiaki, tål inte glutenfri vetestärkelse | |
| Laktosfri kost | |
| Födoämnesallergi med svåra symtom  Adrenalinspruta som reservmedicin  Förbjudet födoämne Risk för generaliserad allergisk  reaktion, dvs. 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** | Informera enhetschefen eller elevens klasslärare/klassföreståndare om alla ändringar. De ansvarar för att informera kostservicen om ändringar. | |
| **UNDERSKRIFT** | Datum Vårdnadshavarens underskrift | |