INTYG FÖR SPECIALKOST/ANPASSAD MÅLTID (bilaga 1)

Fyll i nedanstående uppgifter och lämna blanketten tillsammans med ett intyg eller en journalkopia från sjukvården som styrker behovet av specialkost till ansvarig personal/skolsköterska. Barnet har matöverkänslighet/födoämnesallergi mot följande livsmedel

Barnets/elevens namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Förskola/skola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn och telefonnummer nr till båda vårdnadshavarna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtycke till att detta intyg om specialkost följer barn/elev från förskola till skola JA/ NEJ

Datum Båda vårdnadshavarnas underskrift

Om barnet är sjuk eller ledig ska detta anmälas till produktionsköket.

Lekebergs skolan 0585-488 33, Hidinge skola 0585-488 63.