

# Behov av specialkost

|  |  |
| --- | --- |
|  | (Fylls i av vårdnadshavare och/eller skolsköterskan)  |
| Elevens namn………………………………………….  | Födelsenr (6 siffror)……………………………….  |
| Skola……………………………………………………  | Klass……………………………………………......  |
| Vårdnadshavares namn………………………………. | Telefon……………………………………………...  |
| Vårdnadshavares namn ……………………………… : | Telefon……………………………………………...  |
| Skolsköterskan informerar vårdnadshavarna om att frånvaro ska anmälas till måltidspersonalen. Måltidschef: 0585-488 89Teamledare Lekebergsskolan: 0585-488 65Teamledare Hidinge, Mullhyttan skola: 0585-488 00 |
| ***Specialkost***  |
| □ Allergi/överkänslighet mot följande ämnen (ex mjölkprotein, ägg, fisk, nöt, mandel, ange om födoämnet behöver uteslutas helt eller kan tålas i mindre mängd eller i tillagad form).  |
| ………………………………………………………………………………………………………………….....  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………..  |
| □ Specialkost, ex glutenfri kost |
| ……………………………………………………………………………………………………………………..  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………..  |
|  |
| ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_…………………………………………………………………………………………………………Datum Vårdnadshavares underskrift………………………………………………………………………………………………………..Datum Skolsköterskans underskriftKälla: Metodboken för elevhälsan, elevhälsans medicinska insats, Hälsoproblem 9.5.1. Region Örebro |
|  |
|  |
|  |