

# 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 89  Teamledare Lekebergsskolan: 0585-488 65  Teamledare 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 underskrift  Källa: Metodboken för elevhälsan, elevhälsans medicinska insats, Hälsoproblem 9.5.1. Region Örebro | |
|  | |
|  | |
|  | |