



Kontakt:
Box 206, 597 25
Åtvidaberg
kommun@atvidaberg.se
0120-830 00

Datum _____

Ifylld blankett gäller 1 år efter ifyllandet och lämnas till skolexpeditionen för vidarebefordran till kostenheten.
Vid elevens sjukdom meddelas köket 0120-833 29 eller allekoket@atvidaberg.se

Barnets/elevens uppgifter

Barnets/elevens namn	Personnummer
Förskola/Skola	Klass

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur maten

☐ Mjölprotein ☐ Laktos ☐ Mjölk, enbart som dryck ☐ Gluten ☐ Fisk ☐ Skaldjur och blötdjur ☐ Ägg ☐ Kyckling/fågel ☐ Sojaprotein ☐ Bönor/linser ☐ Ärtor ☐ Jordnötter/nötter/mandel ☐ Kokosnöt ☐ Vitlök ☐ Selleri ☐ Svamp ☐ Sesamfrö ☐ Senap	Lök ☐ Rå ☐ Tillagad Tomat ☐ Rå ☐ Tillagad Morot ☐ Rå ☐ Tillagad Paprika ☐ Rå ☐ Tillagad Annat:	Kryssa för vilken vegetarisk kost som önskas ☐ Vegetarisk kost (vegetabilier + mjölkprod. + ägg) ☐ Vegetarisk + fisk + fågel ☐ Vegetarisk + fisk ☐ Vegetarisk + fågel Kryssa för vilken kost som önskas ☐ Fri från fläskkött ☐ Fri från blodprotein ☐ Fri från gelatin Övrig information ☐ Diabetes
---	---	--

Medicinsk bedömning (vid specialkost av medicinska skäl)

- ☐ Intyg från legitimerad läkare bifogas
☐ Under utredning

Medicinsk bedömning gjord av BVC/vårdcentral/dietist: Datum _____ Signatur/stämpel _____

Medicinsk bedömning gjord av skolsköterska: Datum _____ Signatur/stämpel _____

Är du/ditt barn ordinerad med adrenalinpenna: ☐ Ja ☐ Nej **Om "ja", mot vad:**

Dagtid går det att nå vårdnadshavare:

Namn	Telefon
Namn	Telefon

Vi strävar efter att skapa en trygg och säker mathantering för våra elever med födoämnesallergi/överkänslighet eller annan specialkost. **Varje hösttermins start ska denna blankett lämnas in.** Hör gärna av er till köket om ni har frågor. Ni kan även vända er till kostchefen. Jag ger mitt tillstånd att dessa uppgifter får lämnas till berörd personal för att säkerställa att rätt person har information om allergin

Vårdnadshavare/myndig elev

Namnförtydligande

Vårdnadshavare

Namnförtydligande