



UPPGIFT OM ALLERGI/SPECIALKOST

Elevens namn **Datum**
Student's name Date

Skola **Klass**
School Class

Målsmans namn **Målsmans tfn dagtid**
Parent's name Parent's telephone daytime

Vänligen sätt **X** efter den/de allergi/specialkoster som är aktuell för ditt barn.
Please put an **X** for required food.

Typ av kost Required food	X	Ange <u>alla</u> ämnen/ingredienser som ska uteslutas specificera sort, rå/tillagad Define <u>all</u> substances and sort to be excluded, fresh/cooked
Fri från baljväxter Leguminous plant free food		
Glutenfri kost Gluten free food		
Vetestärkelse Wheat starch		
Laktosfri/reducerad kost Lactose free/reduced food		
Komjölksprotein fri kost Milk free food		
Äggfri kost Egg free food		
Fiskfri kost Fish free food		
Kost av etiska/religiösa skäl For ethical/religious reasons		
Annan specialkost Other type of special food		

Åtgärd (handlingsplan om något händer)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Målsmans underskrift

.....
Skolsköterska underskrift

Senast reviderad 2014-02-26