



Ifylles av förälder/vårdnadshavare och inlämnas till rektorsexpeditionen.

| | |
|---------------|-------------|
| Elevens namn: | Personnr: |
| Adress: | Postnr/ort: |
| Skola: | Läsår: |

Eleven skall av kulturella/etiska skäl ha följande specialkost:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost | <input type="checkbox"/> annat, ange vad? |
| <input type="checkbox"/> ej griskött | |

Eleven skall av medicinska skäl ha följande specialkost:

| | |
|---|---|
| Kost fri från | <input type="checkbox"/> citrusfrukter |
| <input type="checkbox"/> gluten | <input type="checkbox"/> komjölkprotein |
| <input type="checkbox"/> laktos | <input type="checkbox"/> färgämne, vilket E-nr? |
| <input type="checkbox"/> fisk | <input type="checkbox"/> konserveringsmedel, vilket E-nr? |
| <input type="checkbox"/> ägg | <input type="checkbox"/> Annat, vad? |
| <input type="checkbox"/> sojaprotein | <input type="checkbox"/> Eleven är diabetiker |
| <input type="checkbox"/> nötter/mandel | |
| <input type="checkbox"/> ärt/baljväxter | |
| <input type="checkbox"/> tomat | |

**Vilka allergiska besvär/reaktioner får eleven vid
förtäring av ovan förkryssade födoämne/födoämnen:**

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Vid ändrade behov och **alltid** inför byte av skola åligger det vårdnadshavaren att meddela rektorsexpeditionen.

| | |
|--------|-------------------------|
| Datum: | Målsman/vårdnadshavare: |
|--------|-------------------------|

