

Eleven/barnets namn:.....Födelsedatum.....

Skola/förskola:..... Klass:.....

Förälders namn:.....Tfn bost:.....Tfn arb:.....

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas i kosten eller vilken dietkost som ska serveras

- Mjök (Komjölksprotein)
- Spannmål och spannmålsprodukter som innehåller Gluten
- Ägg
- Kräftdjur
- Blötdjur
- Fisk
- Jordnötter
- Sesamfrö
- Sojaböner
- Svaveldioxid och sulfid
- Nötter
- Selleri
- Senap
- Lupin

- Curry

- Laktosintolerans
- Fläskkött

- Vegetarian, vilken sort.....
- Diabetiker, utesluter.....
- Övrigt.....

Kan du/ditt barn behöva akut behandling om fel mat intas? Ja Nej

Behandling:.....

Datum:.....

Jag samtycker till att personuppgifterna används för avsett ändamål:

.....
 Förälders underskrift (under 18år)

.....
 Rektor/Förskolechef
 underskrift