

Plats för foto

**Formulär för beställning  
av specialkost**

Ifyllt formulär lämnas till berörd personal.

Namn		Födelsedatum	
Skola		Klass	
Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Telefonnummer (ange nummer som är anträffbart under skoltid)		Telefonnummer (ange nummer som är anträffbart under skoltid)	

**Allergisk/överkänslig mot:** (kryssa i aktuell/a ruta/rutor)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> laktos           | <input type="checkbox"/> soja/baljväxter | <input type="checkbox"/> tomater tillagade |
| <input type="checkbox"/> komjölkprotein   | <input type="checkbox"/> nötter          | <input type="checkbox"/> ärtor             |
| <input type="checkbox"/> gluten (celiaki) | <input type="checkbox"/> mandel          | <input type="checkbox"/> citrusfrukter     |
| <input type="checkbox"/> ägg              | <input type="checkbox"/> jordnötter      |  |
| <input type="checkbox"/> fisk             | <input type="checkbox"/> tomater råa     |  |

**Annat/övrigt**

------------------

**Akut överkänslighetsreaktion:**Beskriv vad skolan/eleven ska göra vid akut överkänslighetsreaktion.  
(vilken medicin, var finns den och hur och hur mycket ska intas, vem ska kontaktas osv.)

------------------------------

**Det är mycket viktigt att vårdnadshavaren informerar vid  
förändringar i elevens födoämnesallergi/överkänslighet.**

Ort

Datum

Vårdnadshavarens underskrift