



Intyg specialkost läsår: _____

Ifylld blankett lämnas till internatföreståndaren som ger en kopia till skolsköterska, kökspersonal och vid behov mentor.
Vid förändringar ska vårdnadshavare skicka nytt intyg om specialkost.

Elev	För- och efternamn	Personnummer
	Adress	Postnummer

<input type="checkbox"/> SPECIALKOST AV MEDICINSKA SKÅL Intyg från läkare eller dietist bifogas	Ange vad som <u>inte</u> ska �tas:	
<input type="checkbox"/> De allergiska besvären kan yttra sig i kraftiga eller akuta reaktioner	Beskriv reaktionen:	
<input type="checkbox"/> SPECIALKOST AV ANDRA SKÅL t ex av etiska eller religiösa sk�l	Ange kost som bör undvikas:	
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	Information till köket:	
<input type="checkbox"/> Annat	Ange gärna om du har någon information köket behöver för att kunna hjälpa dig på ett bra sätt. Till exempel är det bra om vi vet att du diabetiker.	
VÅRDNADSHAVARE	Datum: Underskrift:	Datum: Underskrift:
TELEFONNUMMER VÅRDNADSHAVARE	Telefonnummer/mobil:	Telefonnummer/mobil: