



Förskola/Skola	Avdelning/Klass
Elevens namn	Födelsedatum
Vårdnadshavares namn	Telefon bostad
Telefon arbete	Mobiltelefon

**Annan kost på grund av allergi eller överkänslighet**

Om jag äter något eller några av följande livsmedel reagerar jag med följande besvär:

Kryssa för de livsmedel som ska uteslutas ur kosten

<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Nötter	<input type="checkbox"/> Tomat färsk
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Mandel	<input type="checkbox"/> Tomat tillagad
<input type="checkbox"/> Kyckling	<input type="checkbox"/> Lök	<input type="checkbox"/> Gluten
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Lökpulver	<input type="checkbox"/> Komjölksprotein
<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Laktos endast i dryck	Maxmängd i portion:
<input type="checkbox"/> Soja	Ange vad:	
<input type="checkbox"/> Baljväxter	Ange vad:	
<input type="checkbox"/> Kryddor	Ange vad:	
Övrigt		
Har du någon kors-allergi/reaktion, i så fall vad:		

**Annan kost på grund av religion eller livsstil**

<input type="checkbox"/> Fläskkött tas bort ur kosten	<input type="checkbox"/> Vegankost, utan mejeri och ägg
<input type="checkbox"/> Nötkött tas bort ur kosten	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Blodprotein tas bort ur kosten	

Anmälan lämnas till måltidspersonalen på förskolan/skolan.

Datum	Vårdnadshavares underskrift
-------	-----------------------------