



KOSTINTYG

Ifylles av vårdnadshavare och
lämnas till rektor/förskolechef

Barnets namn:	Personnummer (10 siffror):		
Skola/förskola:	Klass:	Läsår:	
Vårdnadshavare:	Telefon hem:	Telefon arbete:	
Vårdnadshavare:	Telefon hem:	Telefon arbete:	

Kostintyget avser

Alternativkost - ändrad kost på grund av religiösa och/eller etiska skäl

Kryssa för de livsmedel som **ska uteslutas** ur kosten:

Fläskkött Blodmat Övrigt: _____

Barnet har behov av:

Vegetarisk kost (innehåller mjölk och ägg) Vegetarisk kost inklusive fisk

Kostintyget avser

Specialkost - ändrad kost på grund av födoämnesallergi eller överkänslighet

Kryssa för de livsmedel som **ska uteslutas** ur kosten:

<input type="checkbox"/> Komjökprotein	<input type="checkbox"/> Havre delvis (ange nedan)	<input type="checkbox"/> Nötter/mandel	<input type="checkbox"/> Paprika
<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Ägg helt	<input type="checkbox"/> Sojaprotein	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter delvis (ange nedan)
<input type="checkbox"/> Laktos delvis (ange nedan)	<input type="checkbox"/> Ägg delvis (ange nedan)	<input type="checkbox"/> Ärtor/böner/linser	<input type="checkbox"/> Stenfrukter vilken (ange nedan)
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Tomat rå	<input type="checkbox"/> Kärnfrukt vilken (ange nedan)
<input type="checkbox"/> Vete	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Tomat tillagad	<input type="checkbox"/> Kiwi
<input type="checkbox"/> Korn	<input type="checkbox"/> Kyckling	<input type="checkbox"/> Morot rå	
<input type="checkbox"/> Råg	<input type="checkbox"/> Jordnötter	<input type="checkbox"/> Morot tillagad	

Andra livsmedel som ska uteslutas: _____

Läkarintyg/intyg från Dietist bifogas: _____

Om ditt barn äter något av de livsmedel som ska uteslutas reagerar barnet med följande besvär: _____

Behöver barnet medicin om han/hon får i sig "fel" mat? Ja Nej

Var förvaras medicinen? _____

Övriga upplysningar: _____

**Vårdnadshavaren ansvarar för att informationen är korrekt och om förändringar i barnets kost.
Glöm inte att meddela köket vid frånvaro.**

Underskrift

Datum	Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens underskrift
-------	------------------------------	------------------------------