



Förskolan/skolan tillhandahåller specialkost utifrån medicinska skäl. Dessutom tillhandahålls vegetarisk kost och anpassad kost av religiösa skäl. Blanketten fylls i och lämnas till ansvarig förskolepersonal/mentor när barnet börjar i förskolan, inför start i förskoleklass, åk 4, åk 7 och gymnasieskolans åk 1 samt om behovet av specialkost ändras. Den som tar emot blanketten tar en kopia som lämnas till kökspersonalen.

**Vid frånvaro avbeställs specialkosten till köket.**

## Kostintyg

Namn på pedagog som tog emot intyget	Datum när blanketten lämnas in
--------------------------------------	--------------------------------

Barnets/elevens namn	Födelsedatum
Förskola/skola och avdelning/klass	Ev fritidshemsavdelning
Vårdnadshavare 1, namn och telnr dagtid	
Vårdnadshavare 2, namn och telnr dagtid	

### Kryssa för de livsmedel som barnet/eleven inte kan äta.

<input type="checkbox"/> Mjölprotein  <input type="checkbox"/> Laktos Bara i dryck <input type="checkbox"/> Både i dryck & mat <input type="checkbox"/> Tål hårdost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  <input type="checkbox"/> Fågelkött <input type="checkbox"/> Nötkött <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Fläskkött <input type="checkbox"/> Gelatin	<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Kräftdjur och blötdjur <input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> Sojaböner <input type="checkbox"/> Selleri <input type="checkbox"/> Sesam <input type="checkbox"/> Sulfid/svaveloxid <input type="checkbox"/> Nötter, mandel, jordnöt <input type="checkbox"/> Ärtor <input type="checkbox"/> Senap <input type="checkbox"/> Lupin	Vid allergi mot grönsaker, kryssa nedan och ange vika grönsaker det avser  <input type="checkbox"/> Rå _____ _____ <input type="checkbox"/> Tillagad _____ _____ Övrigt: _____ _____
--	---	---

### Kostrekommendationerna kommer från:

- Barn- och ungdomskliniken  
 Hälsocentral/BVC  
 Skolhälsovården  
 Annan: \_\_\_\_\_

Hur reagerar barnet/eleven på de angivna livsmedlen? \_\_\_\_\_

Om barnet/eleven ska pröva att utesluta ett livsmedel, ange under vilken period detta gäller:  
Från och med: \_\_\_\_\_ Till och med: \_\_\_\_\_

Övriga upplysningar: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_

## REGISTRERING AV PERSONUPPGIFTER

De personuppgifter du lämnar i denna blankett behövs för att verksamheten ska kunna ge barnet/eleven sin specialkost. Uppgifterna behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. Vill du ha information om eller rättelse av uppgifter som rör dig, kan du skriftligen kontakta [dataskyddsbud@vannas.se](mailto:dataskyddsbud@vannas.se). Mer information om kommunens personuppgiftshantering hittar du på [www.vannas.se/gdpr](http://www.vannas.se/gdpr).