



ANMÄLAN OM EN ELEV SOM IAKTTAR  
SPECIALKOST

ANMÄLAN OM KOSTBEGRÄNSNINGAR FÖR EN  
ELEV AV RELIGIÖSA/ETISKA SKÄL



Grundläggande anmälan

Anmälan om ändring

BARNETS VÅRDNADSHAVARE FYLLER I FÖLJANDE

Elevens namn	Födelsedatum
Skola	Klass
Vårdnadshavare	Telefon under skoltid

**Sjukdom som kräver specialkost**

- Diabetes (bifoga en individuell måltidsplan)
- Celiaki
- Laktosintolerans, kosten är
- laktosfattig                       laktosfri
- Matallergi, födoämnen som skall undvikas (bifoga vid behov individuella anvisningar)
- fisk     örter, bönor
- ägg     selleri
- citrusfrukter                                 färska äpplen
- tomater                                         rå morot
- några andra, vilka?

**Vegetarisk kost**

- Fisk-vegetarisk kost (utöver produkter från växtriket innehåller den fisk, ägg och mjölkprodukter)
- Lakto-vegetarisk kost (utöver produkter från växtriket innehåller den ägg och mjölkprodukter)

**Kostbegränsningar av religiösa skäl**

- En kost som inte innehåller griskött, varken ingredienser från gris eller blod i någon form
- En kost som inte innehåller blod i någon form
- Någon annan, hurdan? \_\_\_\_\_

**UNDERSKRIFTER**

Datum	Vårdnadshavarens underskrift
	Förtydligande av namnteckning
Datum	Skolhälsovårdarens underskrift
	Förtydligande av namnteckning