

Specialkostblankett - Ny blankett lämnas in vid varje terminsstart

Vi serverar inte fläskkött, nötter, jordnötter, mandel eller sesam inom JENSEN skolkök

Allergi/överkänslighet mot: (kryssa för ett eller flera alternativ).

Lämna ifylld blankett tillsammans med läkarintyg till ansvarig rektor. Vårdnadshavare kan även lämna in utdrag ur läkarjournal, om barnets behov av specialkost framgår i journalanteckningarna.

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> laktos | <input type="checkbox"/> ägg | <input type="checkbox"/> baljväxt |
| <input type="checkbox"/> mjölkprotein | <input type="checkbox"/> fisk | <input type="checkbox"/> tomat tillagad |
| <input type="checkbox"/> gluten | <input type="checkbox"/> skaldjur | <input type="checkbox"/> morot tillagad |
| | <input type="checkbox"/> soja | <input type="checkbox"/> paprika tillagad |

Om det finns akutmedicin ska detta anges och instruktioner till dessa ska bifogas.

Medicinsk kost: (kryssa för ett eller flera alternativ)

Lämna ifylld blankett tillsammans med läkarintyg till ansvarig rektor. Vårdnadshavare kan även lämna in utdrag ur läkarjournal, om barnets behov av specialkost framgår i journalanteckningarna.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Selektiv kost |
|-----------------------------------|--|

Om du önskar vegetarisk kost: (Kryssa för ett eller fler alternativ)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> vegetarian - äter fisk | <input type="checkbox"/> vegetarian - äter mjölkprodukter och ägg | <input type="checkbox"/> vegetarian - äter mjölkprodukter |
|---|---|---|

Barnets/Elevers namn	Född (åååå-mm-dd)	Förskola/skola, Avdelning/Klass

Datum: _____

Datum: _____

Vårdnadshavares underskrift:

Vårdnadshavares underskrift:



JENSEN
EDUCATION