|  |  |
| --- | --- |
| SPSM:s logga | Anmälan specialkost |
| ÅÅÅÅ-MM-DD |

# Anmälan om behov av specialkost

Blanketten fylls i av vårdnadshavare.

## Uppgifter om eleven

|  |  |
| --- | --- |
| Elevens namn | Elevens personnummer |
| Elevens skola | Ange klass |
| Namn på vårdnadshavare 1 | Telefonnummer till vårdnadshavare 1 |
| Namn på vårdnadshavare 2 | Telefonnummer till vårdnadshavare 2 |

## Specialkost

Elever som är i behov av allergimedicin behöver ha en egen vårdplan från sin behandlande läkare

|  |  |
| --- | --- |
| Eleven är allergisk och eller överkänslig mot vissa födoämnen | Ja |
| Om ja, ange födoämnen samt om de behöver uteslutas helt eller kan tålas i mindre mängd eller i tillagad form | |
| Eleven behöver anpassad kost av annan anledning | Ja |
| Om ja, ange vad eleven kan, alternativt inte kan, äta samt orsak | |

## Tilläggsinformation gällande specialkost

Nedanstående fylls i vid allergi och eller överkänslighet

|  |
| --- |
| Ange vilka symptom eleven får vid intag av det eller de födoämnen som han eller hon är allergisk eller överkänslig mot |
| Ange vilka eventuella åtgärder som ska vidtas vid reaktion på födoämne |
| Behöver barnet medicin i händelse av det får i sig ”fel” mat? Var förvaras medicinen? |
| Ange kontaktperson om eleven får en reaktion, till exempel personal som kan ge medicin (vårdplan krävs), eller vårdnadshavare |
| Ange telefonnummer till kontaktperson |

## Alternativkost

Eleven behöver ändrad kost av religiösa och eller etiska skäl

|  |  |
| --- | --- |
| Vegetarisk kost (innehåller mjölk och ägg) | Vegetarisk kost inklusive fisk |
| Livsmedel som ska uteslutas ur kosten: | |
| Fläskkött | Övrigt: |

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

## Underskrifter

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