



Bildningsförvaltningen  
Skolhälsovården

1 (2)

### 6.3 Specialkostintyg

Elevens namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Skola \_\_\_\_\_ Klass \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens namn \_\_\_\_\_ Tfn nr \_\_\_\_\_

Skolsköterskan informerar föräldrarna om att frånvaro ska anmälas till måltidspersonalen.

### Specialkost

- Allergi/överkänslighet mot följande födoämnen (ange om födoämnet behöver uteslutas helt eller kan tålas i mindre mängd eller i tillagad form).

- Specialkost, exempelvis diabeteskost, glutenfri kost, laktosfri kost (ange om mjölk i maten går bra, om hårdost går bra).

- Religiösa skäl

Ej fläsk

Ej blodprotein

Övrigt

- Vegetarisk kost, ange alternativ

Vegankost

Laktovegetarisk kost (vegetarisk + mjölk)

Laktoovovegetarisk kost (vegetarisk + mjölk + ägg)

Äter fisk

Äter kyckling

Datum \_\_\_\_\_ Skolsköterska \_\_\_\_\_



Bildningsförvaltningen  
Skolhälsovården

2 (2)

## **Specialkostintyg** (Fortsättning)

Fylls i vid behov, t ex vid allergi/överkänslighet, i samråd med föräldrar.

Kom överens med föräldrar vem/vilka som behöver ha denna information.

Vilka symtom får eleven vid intag av det/de födoämnen hon/han är allergisk/överkänslig mot?

---

---

---

---

---

Vilka eventuella åtgärder ska vidtas vid reaktion på födoämne?

---

---

---

---

---

Vem ska kontaktas om eleven får en reaktion?

Namn \_\_\_\_\_ Tfn nr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_