

Ansökan om specialkost i förskola och skola

Markaryds kommun

Box 74, 285 22 Markaryd

0433-720 00

Barn

Förnamn*

Efternamn*

Personnummer*

Utdelningsadress*

Postnummer*

Postort*

Telefon (även riktnummer)

Förskola/skola

Namn*

Avdelning/klass*

Vårdnadshavare

Förnamn*

Efternamn*

Personnummer*

Utdelningsadress*

Postnummer*

Postort*

Telefon (även riktnummer)*

E-postadress

Förnamn

Postnummer

Efternamn

Postort

Personnummer

Telefon (även riktnummer)

Utdelningsadress

E-postadress

Kontaktperson om annan än vårdnadshavaren

Skäl till specialkost*

- Barnet har diabetes
- Barnet har födoämnesallergi
- Barnet önskar specialkost av etiska eller religiösa skäl
- Barnet har utretts av läkare
- Annat skäl, ange vad
- Läkrintyg finns och bifogas ansökan

Diabetes

- Barnet har med sig medicin för sin diabetes till skolan

Markaryds kommun

Allergi

Livsmedel som ska uteslutas ur kosten på grund av födoämnesallergi

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baljväxter | <input type="checkbox"/> Morot |
| <input type="checkbox"/> Citrusfrukter | <input type="checkbox"/> Nötkött (ko, kalv) |
| <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Nötter, ange typ |
| <input type="checkbox"/> Fläskkött (gris) | <input type="checkbox"/> Paprika |
| <input type="checkbox"/> Frukt/bär, ange typ | <input type="checkbox"/> Råg |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Skaldjur |
| <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Sojaprotein |
| <input type="checkbox"/> Kyckling | <input type="checkbox"/> Tomat |
| <input type="checkbox"/> Laktos | <input type="checkbox"/> Vete |
| <input type="checkbox"/> Mandel | <input type="checkbox"/> Ägg |
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein | <input type="checkbox"/> Annat, ange vad |

Vilka symtom får barnet vid en reaktion?

Hur fort kommer reaktionen?

- Barnet har med sig akutmedicin för sin allergi till skolan
 Det finns behov av att förvara akutmedicinen i närheten av köket

Vilka åtgärder måste vidtas vid en reaktion?

Etiska eller religiösa skäl

Eleven önskar av etiska eller religiösa skäl följande kost

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laktovegetarisk kost (ej kött/fisk men mjölk) | <input type="checkbox"/> Fläskfri kost |
| <input type="checkbox"/> Lakto-/ovovegetarisk kost (ej kött/fisk men mjölk och ägg) | <input type="checkbox"/> Annan specialkost, ange vilken |
| <input type="checkbox"/> Demivegetarisk kost (ej kött men mjölk, ägg och fisk) | |

Eventuella övriga upplysningar**Bilagor**

- Foto på barnet (för att säkerställa att ditt barn får rätt kost)
 Läkarintyg

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL).

Underskrifter

Datum och vårdnadshavarens underskrift*

Datum och vårdnadshavarens underskrift

Namnförtydligande*

Namnförtydligande