



## Kostintyg – Grundskola och förskoleklass

### Elevuppgifter

Elevens namn			Personnummer
Skola	Gäller fr o m läsår	Gäller fr o m årskurs	Klass
Behandlande avd/mottagning/sjukhus etc.		Behandlande läkare	

**För specialkost av medicinska skäl till elever krävs kostintyg varje år.** Gäller även vid förändring eller byte av skola. **Läkarintyg krävs vid varje stadie** (1 gång förskoleklass – åk 3, 1 gång åk 4-6 samt 1 gång åk 7-9). Gäller även vid förändring eller byte av skola. Kostintyg och läkarintyg lämnas till kökschefen.

Diabeteskost

### Matallergi / intolerans / överkänslighet. Kryssa för de livsmedel som ska uteslutas.

- Laktos. Utesluts helt.  
 Laktosreducerad. Behöver mat tillagad med låglaktos produkter. Kommentar .....

Laktosreducerad. Tål vanliga mjölkprodukter i mat, men ej drickmjölk. Kommentar .....

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Komjölksprotein          | <input type="checkbox"/> Gluten           | <input type="checkbox"/> Vetestärkelse           |
| <input type="checkbox"/> Ägg                      | <input type="checkbox"/> Fisk             | <input type="checkbox"/> Skaldjur                |
| <input type="checkbox"/> Kyckling                 | <input type="checkbox"/> Ärtor            | <input type="checkbox"/> Sojaprotein             |
| <input type="checkbox"/> Bönor/linser             | <input type="checkbox"/> Jordnötter       | <input type="checkbox"/> Nötter / mandel         |
| <input type="checkbox"/> Äpple/ Päron             | <input type="checkbox"/> Kiwi             | <input type="checkbox"/> Stenfrukt, vilken ..... |
| <input type="checkbox"/> Citrusfrukt, vilken..... | <input type="checkbox"/> Lök              | <input type="checkbox"/> Vitlök                  |
| <input type="checkbox"/> Tomat rå                 | <input type="checkbox"/> Tomat tillagad   |  |
| <input type="checkbox"/> Paprika rå               | <input type="checkbox"/> Paprika tillagad |  |
| <input type="checkbox"/> Morot rå                 | <input type="checkbox"/> Morot tillagad   |  |
| <input type="checkbox"/> Annat.....               | <input type="checkbox"/> Annat .....      | <input type="checkbox"/> Annat .....             |

Om eleven äter något/några av livsmedlen kan följande reaktion uppstå: .....

Ange hur snabbt reaktionen kommer, samt åtgärder som ska vidtas vid reaktion. T ex läkemedel, samt var läkemedlet finns förvarat.

Om Ert barn får specialkost är det viktigt att Ni vid frånvaro respektive återkomst kontaktar skolrestaurangen, eftersom livsmedel ofta köps in och tillagas separat till ert barn.

### Jag ger mitt tillstånd att ovanstående uppgifter får lämnas till berörd personal.

Datum	Underskrift, vårdnadshavare	Namnförtydligande	Telefon dagtid
-------	-----------------------------	-------------------	----------------

### Kontaktuppgifter till annan anhörig att nå under dagtid om reaktion uppstår.

Annan anhörig	Tfn dagtid	Annan anhörig	Tfn dagtid
---------------	------------	---------------	------------