



ANMÄLAN OM SPECIALDIET I SMÅBARNSPEDAGOGIKEN/SKOLAN		Gäller fr.o.m. ___/___ 20___
Barnets vårdnadshavare fyller i		<input type="checkbox"/> behöver inte förnyas (celiaki, diabetes, laktosfri diet)
PERSONUPPGIFTER	Efternamn	
	Förnamn	Födelsedatum
	Daghem/skola	Grupp/klass
	Vårdnadshavare	Telefon/e-post
SPECIALDIET AV HÄLSOSKÅL Läkarintyg som bilaga	<input type="checkbox"/> Diabetes (individuellt måltidsplan bifogas vid behov)	
	<input type="checkbox"/> Celiaki, tål inte havre	
	<input type="checkbox"/> Celiaki, glutenfri havre passar	
	<input type="checkbox"/> Celiaki, tål inte glutenfri vetestärkelse	
	<input type="checkbox"/> Laktosfri diet	
	<input checked="" type="checkbox"/> Födoämnesallergi <u>med svåra symtom</u>	
<input type="checkbox"/> Adrenalin spruta som reservmedicin		
Förbjudet födoämne		Risk för generaliserad allergisk reaktion (anafylax)
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
ANNAN DIET Inget läkarintyg (anmälan från föräldrarna räcker)		<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost (lakto-ovo) Äter: <input type="checkbox"/> fisk <input type="checkbox"/> fjäderfä
		<input type="checkbox"/> Religiös diet: <input type="checkbox"/> inget griskött <input type="checkbox"/> inga blodrätter <input type="checkbox"/> inget nötkött
		<input type="checkbox"/> Laktosfattig
ANNAT ATT OBSERVERA (anmälan från föräldrarna räcker)	Lindriga allergisymtom som kan beaktas under måltiderna.	
ÄNDRINGAR I DIETEN	Meddela <u>enhetschefen/skolhälsovårdaren</u> om alla ändringar. Enhetschefen/skolhälsovårdaren ansvarar för att informera köket.	
UNDERSKRIFT	Datum	Vårdnadshavarens underskrift