

BESTÄLLNING AV SPECIALKOST

Till föräldrar som har barn med födoämnesallergi eller

behöver specialkost av religiösa eller etniska skäl.

Barnets namn: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stryk under för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur kosten:**

Laktos Baljväxter Gluten

Fläskkött Mjölkprodukter Citrusfrukter

Kyckling Ägg Morot

Nötkött Paprika Nötter

Skaldjur Kryddor Vete

Soja Diabetes Tomat

Vegetarian Vegetarian äter fisk Vegetarian äter kyckling

Övrigt**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Vilka symtom kommer om ditt barn får en allergisk reaktion?

Hur fort kommer reaktionen?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Läkarintyg om allergi eller intolerans ska lämnas tillsammans med beställningen av specialkost!**

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vårdnadshavare underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vårdnadshavare underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_