**Specialkostintyg**

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets för- och efternamn: | Avdelning: |
| Vårdnadshavares namn: | Telefonnummer: |
| Vårdnadshavares underskrift: | Intygsdatum: |

**Överkänslighet/allergi mot:**

***OBS! bifoga även läkarintyg!***

Var vänlig markera med ett kryss vad som gäller för ditt barn.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Laktos |  | Citrusfrukt |
|  |  |  |  |
|  | Mjölkprotein |  | Tomat |
|  |  |  |  |
|  | Gluten  |  | Morot |
|  |  |  |  |
|  | Soja |  | Nötter |
|  |  |  |  |
|  | Ägg  |  | Fisk |
|  |  |  |  |
|  | Paprika  |  | Skaldjur  |

**Övrig specialkost barnet äter av etiska el. kulturella skäl:**

Var vänlig markera med ett kryss vad som gäller för ditt barn.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Vegetarisk kost |  | Fläskfri kost |
|  |  |  |  |
|  | Vegetarisk kost med fisk |  | Annat  |

Annat: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….