



MÖNSTERÅS KOMMUN  
Box 54, 383 22 MÖNSTERÅS  
0499-170 00, kommun@monsteras.se

## ANSÖKAN OM SPECIALKOST i förskola och skola

Lämnas till skola/förskola.

Datum \_\_\_\_\_

### Barn

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefon

### Förskola/skola

Ange förskola/skola	Avdelning/klass
---------------------	-----------------

### Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefon
E-postadress	
Adress	
Postnummer	Ort

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefon
E-postadress	
Adress	
Postnummer	Ort

Kontaktperson om annan än vårdnadshavare

### Skäl till specialkost

<input type="checkbox"/> Barnet har diabetes	<input type="checkbox"/> Barnet har med sig medicin för sin diabetes till skolan
<input type="checkbox"/> Barnet har födoämnesallergi	<input type="checkbox"/> Barnet har utretts av läkare



## Allergi och intolerans

Livsmedel som ska uteslutas ur kosten på grund av födoämnesallergi.

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

## Symtom och reaktion

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 akutmedicin i närheten av köket

Vilka åtgärder måste vidtas vid en reaktion?

--

## Eventuella övriga upplysningar


## Bilagor

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

Läkartyg (ska alltid bifogas)

## Underskrifter

Datum och underskrift (vårdnadshavare)

Namnförtydligande

Datum och underskrift (vårdnadshavare)

Namnförtydligande