



NYBRO MONTESSORI

## Intyg om specialkost

Eleven/barnets namn:	Födelsedatum:
Skola/förskola:	Klass/avdelning: Läsår:
Vårdnadshavares underskrift:	Telefon dagtid:
Vårdnadshavares underskrift:	Telefon dagtid:

Eleven/barnet har diabetes

**Eleven/barnet önskar av vissa religiösa, etiska skäl följande mat (Behövs ej läkarintyg)**

- Vegetarisk mat
- Vegetarisk mat, äter fisk
- Ej griskött
- Annat: \_\_\_\_\_

**Eleven/barnet är överkänslig/allergisk mot/annan diagnos: (Läkarintyg krävs)**

<b>Laktos</b> <input type="checkbox"/> Enbart laktosfri dryck behövs <input type="checkbox"/> Laktosfri dryck och mat behövs  <b>Mjölprotein</b> <input type="checkbox"/> Mjölprotein (Alla mjölkprodukter utesluts)  <b>Nötter</b> <input type="checkbox"/> Nötter/mandel/jordnötter	<b>Ägg</b> <input type="checkbox"/> Ägg  <b>Fisk &amp; skaldjur</b> <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Skaldjur  <b>Gluten</b> <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Gluten men tål havre	<b>Bönor</b> <input type="checkbox"/> Sojaböna <input type="checkbox"/> Annan böna Vilken? _____  <b>Annat</b> <input type="checkbox"/> Annan födoämnesallergi nämligen: _____ _____
---	---	--

**Viktig information. Ifylles alltid vid medicinska skäl**  
Symptom/reaktion och eventuell akutbehandling