



Ansökan om specialkost

Barn/elev

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förskola/skola där barnet/eleven är placerad		Avdelning/klass

Specialkost

Barnet/eleven behöver specialkost på grund av: <input type="checkbox"/> Medicinska skäl <input type="checkbox"/> Andra skäl
Allergiska besvär yttrar sig i kraftiga eller akuta reaktioner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange kost som barnet/eleven inte ska äta

Önskar även att kopia lämnas till

Fritids Klasslärare/mentor Annan

Vårdnadshavare

Datum	Datum
Underskrift	Underskrift
Telefon/Mobil	Telefon/Mobil

Förskolan

Blanketten lämnas/skickas till förskolan som informerar avdelningen och köket.

Skolan

Blanketten lämnas/skickas till köket som ger kopia till skolsköterska.

Inför varje läsårsstart och vid byte av förskola/skola ska vårdnadshavare skicka ny ansökan om specialkost till nya förskolan/skolan.

Skolans/förskolans anteckningar

Datum när ansökan mottogs	Signatur
---------------------------	----------