



Hofors Kommun

MÅLTIDSSERVICE
SKOLHÄLSOVÅRDEN

INTYG FÖR SPECIALKOST

Datum: _____

Läsår: _____

Namn: _____

Födelsedatum: _____

Skola: _____ Klass: _____

Kosttyp (flera stycken kan kombineras)

- Diabetes
- Laktos och Mjölkfri (även fri från mjölkpulver, kasein mm)
- Äter normalkost, dricker laktosfri mjölk
- Fiskfri
- Fri från tomat
- Fri från citrus
- Glutenfri
- Äggfri
- Fri från nötter och mandlar
- Sojaprotein
- Sojalecitin
- Skaldjursfri
- Fri från vissa livsmedel (ange produkterna nedan)
- Annan allergi/intolerans

Läkare, skolsköterska eller dietist: _____

Telefon förälder, dagtid: _____