



Specialkost elev

Namn: _____ Klass: _____

Förälders namn: _____

Telefon hem: _____ Telefon förälder dagtid: _____

Laktosintolerans

Komjölksproteinallergi

Glutenintolerans

Annan allergi (ange nedan)

Diabetes

Vegetarisk kost

Mitt barn tål inte följande livsmedel:

Kommentar:

Inlämnas till skolsköterskan

Tagit del

Annika Karlsson

Datum