

Kostavdelningen
Sektor Samhällsservice**Ansökan om specialkost/anpassad kost** Viktigt att båda vårdnadshavares kontaktuppgifter fylls i.

Barnets namn	Förskola/skola	Avdelning/klass
Vårdnadshavare	Telefonnummer	
Vårdnadshavare	Telefonnummer	

Uppgifter om allergier/överkänslighet

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Komjölksallergi (mjölkprotein) | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot ägg | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot fisk | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot skaldjur | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| <input type="checkbox"/> Celiaki (glutenintolerans) | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| <input type="checkbox"/> Ja, kan äta vetestärkelse | |
| <input type="checkbox"/> Nej, kan inte äta vetestärkelse | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot soja eller annan baljväxt | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot soja | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot annan baljväxt, ange vilken/vilka: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot spannmål (vete, råg, korn och havre) | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| Ange mot vilken/spannmål: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot nötter | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| Ange mot vilken/vilka nötter: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot frukter | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| Ange mot vilken/vilka frukter: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot grönsaker | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| Ange mot vilken/vilka grönsaker: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Annan livsmedelsallergi/födoämnesöverkänslighet | <input type="checkbox"/> Läkarintyg finns |
| Beskriv vilken typ av livsmedelsallergi/födoämnesöverkänslighet:
_____ | |
- Äter frukost på förskola/skola Äter lunch på förskola/skola Äter mellanmål på förskola/skola

Laktosreducerad kost – Vi erbjuder laktosfri mjölk att dricka och likvärdig kost när maten innehåller mycket mjölk

-
- Laktosreducerad kost provas under 14 dagar*

Datum från _____ Datum till _____

-
- Laktosreducerad kost beställs

* Kom ihåg att lämna in en ny ansökan innan sista datumet för prøvotiden om ni önskar fortsätta med specialkosten! Inkommer ingen ny ansökan kommer specialkosten att upphöra.

Anpassad kostAnpassad kost p.g.a neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF)? Ja NejKost utan fläskkött? Ja NejKost utan nötkött? Ja NejVegetarisk kost? Ja NejÄter fisk? Ja NejÄter kyckling? Ja Nej

Söderhamns kommun hanterar personuppgifter i enlighet med EU:s dataskyddsförordning/GDPR. Den information vi samlar in används endast för att behandla din ansökan. Laglig grund för behandlingen är allmänt intresse. Mer information om dina rättigheter hittar du här: www.soderhamn.se/personuppgifter