



Intyg om specialkost

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

☐ Jag tillåter att Nybro Intresseförening för Montessori tillhandahåller mina personuppgifter

☐ Eleven/barnet har diabetes

Eleven/barnet önskar följande mat (Behövs ej läkarintyg)

- ☐ Vegetarisk mat
- ☐ Vegetarisk mat, äter fisk
- ☐ Ej griskött
- ☐ Enbart laktosfri dryck behövs
- ☐ Laktosfri dryck och mat behövs
- ☐ Annat: _____

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

Mjölprotein ☐ Mjölprotein (Alla mjölkprodukter utesluts) Nötter ☐ Nötter/mandel/jordnötter	Ägg ☐ Ägg Fisk & skaldjur ☐ Fisk ☐ Skaldjur Gluten ☐ Gluten ☐ Gluten men tål havre	Bönor ☐ Sojaböna ☐ Annan böna Vilken? _____ Annat ☐ Annan födoämnesallergi nämligen: _____ _____
---	---	--

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