

UPPGIFTER OM ALLERGI/SPECIALKOST

- Vår matleverantör ISS har ambitionen att med hög kvalitet och största säkerhet varje skoldag, tillmötesgå ditt barns individuella behov av specialkost.
- Skulle det ske några förändringar i ditt barns dietbehov, så skall en ny allergi/specialkostblankett fyllas i.
- Specialkostblanketten ska inte användas för att få särskild mat om man inte tycker om den huvudrätt som erbjuds.
- Har du valt att prova vegetarisk kost skall beställning/avbeställning göras senast den 20e varje månad för att gälla från den 1a i kommande månad.

UPPGIFTER BARNET

Namn
Personnummer
Klass

VÅRDNADSHAVARE 1

Vårdnadshavares Namn
Telefon dagtid

VÅRDNADSHAVARE 2

Vårdnadshavares Namn
Telefon dagtid

ALLERGISK/ÖVERKÄNSLIG MOT:

<input type="checkbox"/> Mjölprotein	<input type="checkbox"/> Röda livsmedel - råa
<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Röda livsmedel - tillagade
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Citrus
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Stenfrukter
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Morot - rå
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Morot - tillagad
<input type="checkbox"/> Kyckling	<input type="checkbox"/> Nötter
<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Mandel
<input type="checkbox"/> Baljväxter	<input type="checkbox"/> Jordnöt
<input type="checkbox"/> Senap	<input type="checkbox"/> Sesamfrö
<input type="checkbox"/> Annan:	

ANNAN SPECIALKOST:

<input type="checkbox"/> Vegetarian lakto-ovo
<input type="checkbox"/> Vegan
<input type="checkbox"/> Pesceterian
<input type="checkbox"/> Diabeteskost
<input type="checkbox"/> Energität kost
<input type="checkbox"/> Kost av etiska/religiösa skäl:

Finns akutmedicin? Ja Nej Om ja, **VAR:**

Övriga upplysningar som är viktiga gällande ditt barns allergier eller specialkost:

Vid behov av specialkost av **medicinska** skäl skall allergi/specialkostblanketten styrkas med ett intyg från läkare eller dietist som bekräftar allergi eller intolerans. Kostrekommendation kommer från:

Barn och Ungdoms medicin Vårdcentral Skolhälsovård Annan

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Härmed godkänner jag/vi att Aspen Montessori sparar dessa uppgifter under tiden barnet går kvar inom verksamheten.

Ort och Datum	
Underskrift Vårdnadshavare	Underskrift Vårdnadshavare

Information kring hur vi hanterar personuppgifter finns på vår hemsida under rubriken [Integritetspolicy Aspen Montessori](#).