

Elevers namn:..... Födelsedatum:.....

Klass:..... Skola:.....

Förälders namn:.....

Telefon bostad: Telefon arbete:.....

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas i kosten på grund av överkänslighet/allergi/religion/etiska skäl:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Komjölksprotein | <input type="checkbox"/> Gluten |
| <input type="checkbox"/> Laktos | <input type="checkbox"/> Ägg |
| <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Tomat, tillagad |
| <input type="checkbox"/> Kyckling | |
| <input type="checkbox"/> Soja, ange vad:..... | |
| <input type="checkbox"/> Baljväxter, ange vilka:..... | |
| <input type="checkbox"/> Kryddor, ange vilka:..... | |
| <input type="checkbox"/> Fläskkött | |
| <input type="checkbox"/> Vegetarian, sort..... | |

Övrigt:.....
.....Kan du/ditt barn behöva akut behandling om fel mat intas? ☐ Ja ☐ Nej

Behandling:.....

Datum:.....

Jag samtycker till att personuppgifterna används för avsett ändamål:

.....
Förälders underskrift (under 18år).....
Skolsköterskans/ Bvc sköterskans
Underskrift vid överkänslighet/allergi

Blanketten lämnas till matsalen



OBS! Vid frånvaro kontakta Centralköket tfn 0511-38 61 62 före kl 08.00

Källby gård köket tfn 0511-38 65 16 före kl 08.00

Lundagården köket tfn 0511-38 67 67 före kl 08.00

Skattkistan köket tfn 0511-38 61 31 före kl 08.00

Källby förskola köket tfn 0511- 38 65 42 före kl 08.00