



Måltidsverksamhet  
Kiruna kommun

## Ansökan om specialkost

Barn/Personalens namn:

Födelsedatum: (År-mån-Dag)

Skola/förskola:

Årskurs/avdelning:

Vårdnadshavares 1 namn:

Telefonnummer/mobil:

Vårdnadshavares 2 namn:

Telefonnummer/mobil:

Ifylls av vårdnadshavare till barn som behöver specialkost. **En ny specialkostblankett ska lämnas vid nytt läsårsstart.**

### Kryssa i vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur maten:

Laktos (i matlagning)

Fisk

Senap

Laktos (som dryck)

Blötdjur

Selleri

Mjölprotein

Kräftdjur

Sesamfrön

Ägg

Lupin

Svaveldioxid/sulfit

Celiaki

Sojaböner

Jordnötter, nötter, mandel

Tolereras havrebaserade matlagningsprodukter?

JA

NEJ

Övrig viktig information till köket:

Läkarintyg bifogas: Ja  Nej

Ifylld blankett och läkarintyg lämnas i respektive skolkök.

Inlämningsdatum: \_\_\_\_\_