

Eleven/barnets namn:.....Födelsedatum.....

Skola/förskola:..... Klass:.....

Förälders namn:..... Tfn bost:..... Tfn arb:.....

**Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas i kosten eller vilken dietkost som ska serveras**

- Mjök (Komjölksprotein)
- Spannmål och spannmålsprodukter som innehåller Gluten
- Ägg
- Kräftdjur
- Blötdjur
- Fisk
- Jordnötter
- Sesamfrö
- Sojabönor
- Svaveldioxid och sulfid
- Nötter
- Selleri
- Senap
- Lupin
  
- Curry
  
- Laktosintolerans
- Fläskkött
  
- Vegetarian, vilken sort.....
- Diabetiker, utesluter.....
- 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)

.....  
 Rektor/Förskolechef  
 underskrift

Blanketten lämnas till restaurangen