Beställning till köket av behovsanpassade måltider

|  |  |
| --- | --- |
| Elevens namn |  |
| Skola |  | Klass/ avd  |
| Målsman | Namn | Tel.nr |
| Målsman | Namn | Tel.nr |
| Målsman | E-post |

Eleven äter: Mellanmål □ Ja □ Nej Frukost □ Ja □ Nej

|  |
| --- |
| Anpassning vid allergi, intolerans – livsmedel som ska uteslutas ur maten |
| *Ska stämma med det medicinska utlåtandet* |
| [ ] Laktos i dryck | [ ] Laktos i mat | [ ] Hårdost | [ ] Soja | [ ] Ärtor | [ ] Bönor/linser |
| [ ] Mjölkprotein | Tomat [ ] Rå [ ] Tillagad |
| [ ] Gluten | Morot [ ] Rå [ ] Tillagad |
| [ ] Ägg | Paprika [ ] Rå [ ] Tillagad |
| [ ] Fisk |[ ]
| [ ] Skaldjur |[ ]

|  |
| --- |
| Övriga anpassningar |
| *Beskriv hur kosten behöver anpassas utifrån diagnos/sjukdom* |
|  |

Beställningen gäller: från \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ till \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *eller* 🞏 Tillsvidare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Målsmans underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elevhälsans underskrift Målsmans underskrift