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