

Ansökan om specialkost



Datum

Barnet / Eleven

Namn	Klass
------	-------

Orsak:

Medicinska skäl **OBS! Vid medicinska skäl skall läkarintyg bifogas vid varje läsårsstart**

Religiösa skäl

Ange vilket eller vilka livsmedel barnet eller eleven av ovanstående skäl inte kan äta (Ex. fläsk, fisk, nötter, citrus, laktos, gluten, mjölkprotein etc.)

Underskrifter båda vårdnadshavare

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande