

Kostavdelningen
Sektor Samhällsservice

Ansökan om specialkost/anpassad kost Viktigt att båda vårdnadshavares kontaktuppgifter fylls i.

Barnets namn	Förskola/skola	Avdelning/klass
Vårdnadshavare	Telefonnummer	
Vårdnadshavare	Telefonnummer	

Uppgifter om allergier/överkänslighet

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Komjölksallergi (mjölkprotein) | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot ägg | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot fisk | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot skaldjur | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| <input type="checkbox"/> Celiaki (glutenintolerans) | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| <input type="checkbox"/> Ja, kan äta vetestärkelse | |
| <input type="checkbox"/> Nej, kan inte äta vetestärkelse | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot soja eller annan baljväxt | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot soja | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot annan baljväxt, ange vilken/vilka: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot spannmål (vete, råg, korn och havre) | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| Ange mot vilken/spannmål: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot nötter | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| Ange mot vilken/vilka nötter: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot frukter | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| Ange mot vilken/vilka frukter: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot grönsaker | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| Ange mot vilken/vilka grönsaker: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Annan livsmedelsallergi/födoämnesöverkänslighet | <input type="checkbox"/> Läkarityg finns |
| Beskriv vilken typ av livsmedelsallergi/födoämnesöverkänslighet:
_____ | |
- Äter frukost på förskola/skola Äter lunch på förskola/skola Äter mellanmål på förskola/skola

Laktosreducerad kost – Vi erbjuder laktosfri mjölk att dricka och likvärdig kost när maten innehåller mycket mjölk

- Laktosreducerad kost provas under 14 dagar*

Datum från _____ Datum till _____

- Laktosreducerad kost beställs

* Kom ihåg att lämna in en ny ansökan innan sista datumet för provotiden om ni önskar fortsätta med specialkosten! Inkommer ingen ny ansökan kommer specialkosten att upphöra.

Anpassad kost

- Anpassad kost p.g.a neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF)? Ja Nej
- Kost utan fläskkött? Ja Nej
- Kost utan nötkött? Ja Nej
- Vegetarisk kost? Ja Nej
- Äter fisk? Ja Nej
- Äter kyckling? Ja Nej

Söderhamns kommun hanterar personuppgifter i enlighet med EU:s dataskyddsförordning/GDPR. Den information vi samlar in används för att behandla din ansökan samt i märkning av specialkosten/anpassade kosten. Laglig grund för behandlingen är allmänt intresse. Mer information om dina rättigheter hittar du här: www.soderhamn.se/personuppgifter