



Beställning av specialkost från Böle Byskola och Restaurang Källan.

Datum fr. o. m: _____ ev slutdatum för spec kost: _____

Elevens namn _____ åk _____

Förälders namn _____ mobilnummer _____

namn _____ mobilnummer _____

Äter följande specialkost (sätt kryss i lämplig ring)

- Diabeteskost
- laktovegetarisk kost
- Äter laktovegetarisk kost + fisk
- veganmat

Äter ej (sätt kryss i lämplig ring)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Gluten | <input type="radio"/> Skaldjur |
| <input type="radio"/> Laktos | <input type="radio"/> Paprika |
| <input type="radio"/> Komjolkprotein | <input type="radio"/> Tomat |
| <input type="radio"/> Sojaprotein | <input type="radio"/> Citrus |
| <input type="radio"/> Baljväxter | <input type="radio"/> Morot |
| <input type="radio"/> Ägg | |
| <input type="radio"/> Fisk | |
| <input type="radio"/> Annat _____ | |

Reaktion efter intag av överkänsligt ämne samt ev övrig information:

Skolan och köket kräver läkarintyg för specialkost, om inte läkarintyg finns måste rektor godkänna.

Blanketten lämnas fullständigt ifylld med läkarintyg/rektorspåskrift till klassläraren.