

## ANMÄLAN OM SPECIALKOST TILL SMÅBARNSPEDAGOGIKEN

Om barnet är borta från daghemmet ska detta meddelas till daghemmet senast kl. 7.30 eller om barnet plötsligt är i behov av reservdagvård.

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Daghem/Familjedagvård: \_\_\_\_\_

Avdelning/Grupp: \_\_\_\_\_

## SPECIAKOST PÅ GRUND AV HÄLSOSKÄL:

## Överkänslighet eller allergi:

Födoämne som ger märkbara, allvarliga eller livshotande reaktioner:

Ringa in rätt alternativ

_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok
_____	Passar tillrett	Inte alls	Kan innehålla spår av är ok

Bilaga med ytterligare födoämnen

Kryddor / peppar: \_\_\_\_\_

All mat är laktosfri. Använder laktosfri mjölk: \_\_\_\_\_

Mjölkfri kost, även mjölkpulver och vassla förbjudet: \_\_\_\_\_

Celiaki: använder glutenfritt havre \_\_\_\_\_ Använder inte glutenfritt havre \_\_\_\_\_

Diabetes: Behöver mellanmål: \_\_\_\_\_

Etiska / religiösa skäl: Ingen blodmat \_\_\_\_\_ Inget griskött \_\_\_\_\_

Eventuella mediciner, vilka: \_\_\_\_\_

Annat, vad: \_\_\_\_\_

Läkarintyg bifogas \_\_\_\_\_ (intyget är oftast i kraft 2 år). Blankett och läkarintyg ges till daghemmet.

Datum \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens underskrift \_\_\_\_\_ tel. hem \_\_\_\_\_ tel. jobb \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens underskrift \_\_\_\_\_ tel. hem \_\_\_\_\_ tel. jobb \_\_\_\_\_

Blankett och läkarintyg inlämnat till daghemmet \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_.

Mottaget av: \_\_\_\_\_

Köket meddelats: \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_.

Barnrådsgivningen tagit emot blanketten: \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_ och mottaget av: \_\_\_\_\_