

Ansökan och avslut av specialkost eller anpassad kost/måltid

Ansökan görs varje läsår. Eventuellt intyg skickas med denna ansökan.

Barnets/elevens namn	Barnets/elevens personnummer*
Skola/Förskola	Klass/avdelning
Hemadress	Postnummer Ort
Vårdnadshavare 1	Telefonnummer
Personnummer vårdnadshavare 1*	Mailadress vårdnadshavare 1
Vårdnadshavare 2 (frivilligt)	Telefonnummer (frivilligt)

Detta gäller:

- Ansökan Avslut Byte av skola från _____
till _____

Specialkost på grund av medicinska skäl

Senast en månad efter ansökan lämnats in måste du lämna in ett intyg från behandlande läkare, dietist, sjuksköterska eller logoped. Detta gäller inte vid laktosintolerans eller icke allergisk överkänslighet.

Allergi, ange vilken/vilka:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Vete |
| <input type="checkbox"/> Ägg | <input type="checkbox"/> Baljväxter | <input type="checkbox"/> Råg |
| <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Korn |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur | <input type="checkbox"/> Nötter | <input type="checkbox"/> Annat, ange vilken:
_____ |

- Celiaki (glutenintolerans)
 Överkänslighet, icke allergisk (ex. korsallergi med pollen, rodnad runt mun).

Vilken eller vilka?

- Laktosfri kost
 Laktosfri dryck och mat med låg laktoshalt.
 Annan medicinsk orsak; exempelvis diabetes, magproblem, annan sjukdom.

Vilken eller vilka?

- Felaktig kost kan det innebära att jag behöver akut medicinsk behandling. Egenvårdsplan finns.

Etisk eller religiös kost (kryssa endast ett alternativ)

- Pescetarisk kost (vegetabilier, ägg, mejeriprodukter, fisk och skaldjur)
- Lakto-ovo-vegetarisk kost (vegetabilier, ägg och mejeriprodukter)
- Vegankost (endast vegetabilier)
- Utan fläskkött
- Utan blod och inälvsmat
- Utan fläskkött, blod och inälvsmat
- Utan nötkött
-
- Religiös fasta. Från datum: _____ till datum: _____
Under fastan behöver maten justeras så här:
-

Anpassad måltid i skolan. Kompletteras med bedömning från elevhälsoteam eller intyg från behandlande läkare, dietist, logoped eller sjuksköterska.

Anpassad måltid i förskolan. Kompletteras med intyg från behandlande läkare, dietist, logoped eller sjuksköterska.

Underskrift

_____ Datum

_____ Namnteckning vårdnadshavare eller myndig elev

Ansökan postas till:

Måltidsstrateg, Sundsvalls Mat & Måltider
Kyrkogatan 26
851 85 Sundsvall

Mer info om specialkost finns på www.sundsvall.se på sidorna ”Skolmat” och ”Mat i förskolan”. Har då frågor eller funderingar utöver detta kontaktar du köksansvarig på din förskola eller skola. Du kan även vända dig till måltidsstrateg och leg. dietist på Sundsvalls Mat & Måltider:

telefonnummer: 060-19 15 31.

Hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (EU 2016/679)

Personuppgifterna i ansökan behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. Informationen lagras i system och bearbetas av berörd personal. Du har rätt att begära utdrag och rättelser. För mer information se www.sundsvall.se