

Ida Hölke, Skolsköterska Tfn 0223-291 86

BEGÄRAN OM ANNAN KOST

Elevens namn :

Skola :Klass:

Klassföreståndares namn:

Vårdnadshavare : Tel. dagtid

Mitt barn tål/kan inte äta:

.....

(Specificera om t ex eleven är överkänslig mot mjölk att dricka, men att det går bra i tillagad form)

Om barnet äter någonting som det är överkänslig mot behöver vi i skolan veta hur reaktionen kan bli.
(ex. andnöd, utslag osv.)

Reaktion:.....

.....

Kontakta:.....

Har du funderingar eller råd, ta kontakt med skolhälsovården.

Denna begäran ska förnyas varje nytt läsår.

Vid förändring under läsåret ansvarar förälder inlämnande av ny begäran.

.....
Datum/ort.....
Vårdnadshavares underskrift

Kopia lämnas till köksansvarig, skolhälsovården och klassföreståndare.

✂-----

Vid sjukfrånvaro var vänlig, meddela köksansvarig på resp. skola, före kl. 08.00 !

Centralskolan tfn 291 91

Källskolan tfn 292 04