

## Ansökan och avslut av specialkost eller anpassad kost/måltid

Ansökan görs varje läsår och eventuellt intyg uppdateras efter dess giltighetstid.

Barnets/elevens namn	Barnets/elevens personnummer
Skola/Förskola	Klass/avdelning
Hemadress	Postnummer Ort
Vårdnadshavare 1	Telefonnummer
Vårdnadshavare 2	Telefonnummer

### Detta gäller:

- Ansökan       Avslut       Byte av skola

### Specialkost på grund av medicinska skäl

Intyg från behandlande läkare, dietist eller logoped ska lämnas in tillsammans med denna ansökan eller senast inom 1 månad. Vid laktosintolerans eller icke allergisk överkänslighet krävs inte intyg.

#### Allergi, ange vilken:

- |                                       |                                     |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mjölkprotein | <input type="checkbox"/> Soja       | <input type="checkbox"/> Citrus              |
| <input type="checkbox"/> Ägg          | <input type="checkbox"/> Baljväxter | <input type="checkbox"/> Tomat               |
| <input type="checkbox"/> Fisk         | <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Annat, ange vilken: |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur     | <input type="checkbox"/> Nötter     | _____  |

- Celiaki (glutenintolerans)  
 Överkänslighet (icke allergisk). Vilken eller vilka?  
-----

- Laktosfri kost  
 Laktosfri dryck och mat med låg laktoshalt.  
 Annan medicinsk orsak. Vilken eller vilka?  
-----

Om jag får felaktig kost kan det innebära att jag behöver akut medicinsk behandling. Egenvårdsplan finns.

**Etisk kost**

- Pescetarisk kost (vegetabilier, ägg, mejeriprodukter och fisk)
- Lakto-ovo-vegetarisk kost (vegetabilier, ägg och mejeriprodukter)
- Vegankost (vegetabilier)

**Religiös kost**

- Kost utan fläskkött
- Kost utan nötkött
- Kost utan blod- och inälvsmat
- Annan religiös kost. Vilken?

- 
- Religiös fasta. Från datum:\_\_\_\_\_ till datum:\_\_\_\_\_

Under fastan behöver maten justeras så här:

-----

- Anpassad måltid i förskolan. Kompletteras med intyg.
- Anpassad måltid i skolan. Bedömd av elevhälsoteamet.

**Underskrift**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Namnteckning vårdnadshavare eller myndig elev

Personnummer undertecknande: \_\_\_\_\_

**Ansökan postas till:**

Måltidsstrateg, Sundsvalls Mat & Måltider  
Kyrkogatan 26  
851 85 Sundsvall

Hör gärna av dig till köksansvarig på er förskola eller skola om du har frågor eller funderingar. Du kan även vända dig till måltidsstrateg och leg. dietist på Sundsvalls Mat & Måltider telefon: 060-19 15 31.

Mer info om specialkost finns på [www.sundsvall.se](http://www.sundsvall.se) på sidorna Skolmat och Mat i förskolan.

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](http://www.sundsvall.se)