BESTÄLLNING AV SPECIALMAT

AV MEDICINSKA SKÄL

Blanketten lämnas till köket och skola/ förskola.

Vid frånvaro kontaktas köket för att maten inte ska tillagas i onödan.

*Se skolans/ förskolans hemsida för kontaktuppgifter till köket.*

|  |  |
| --- | --- |
| Elevens namn | Klicka här för att ange text. |
| Skola/förskola | Klicka här för att ange text. | *Klass/ avd* Klicka här för att ange text. |
| Målsman | *Namn*Klicka här för att ange text. | *Tel.nr*Klicka här för att ange text. |
| Målsman | *Namn*Klicka här för att ange text. | *Tel.nr*Klicka här för att ange text. |
| Målsman | *E-post*Klicka här för att ange text. |

Eleven äter: Mellanmål [ ]  Ja [ ]  Nej Frukost [ ]  Ja [ ]  Nej

**Kryssa för de livsmedel som ska uteslutas i maten.**

[ ]  Mjölkprotein

[ ]  Laktos [ ]  Hårdost [ ]  Laktos i dryck

[ ]  Gluten

[ ]  Klicka här för att ange text.

[ ]  Klicka här för att ange text.

[ ]  Fisk

[ ]  Skaldjur

[ ]  Ägg

[ ]  Fågel

[ ]  Klicka här för att ange text.

[ ]  Sojaprotein

[ ]  Ärtor

[ ]  Bönor/Linser

[ ]  Jordnötter [ ]  Mandel [ ]  Nötter

[ ] Klicka här för att ange text.

[ ]  Rå tomat [ ]  Tillagad tomat

[ ]  Rå morot [ ]  Tillagad morot

[ ]  Rå citrus [ ]  Tillagad citrus

[ ]  Rå paprika [ ]  Tillagad paprika

[ ]  Klicka här för att ange text.

Vilka allergiska reaktioner får eleven Klicka här för att ange text.

Övrigt Klicka här för att ange text.

Intyg från läkare/dietist har visats upp [ ]  *(Fylls i av köksansvarig)*

**Målsmans underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum** Klicka här för att ange datum.

Det går bra att kontakta Måltidsservice kvalitetsansvarige dietist på tfn 018-727 11 38 eller vår gemensamma e-post maltidsservice@uppsala.se

[www.maltidsservice.uppsala.se](http://www.maltidsservice.uppsala.se)

Personuppgifterna i ansökan behandlas i enighet med personuppgiftslagen. I och med att informationen lämnas godkänner du även att informationen får lagras och bearbetas i register av ansvarig förvaltning.