

Anvisning:

Blanketten ifylles av vårdnadshavare och lämnas till köket på förskolan.

Kontaktperson: Jenny Andersson, Mobil: 0765-417 79 E-post: jenny.ullstorp@outlook.com

Barnets namn:	Personnummer (10 siffror):
Adress, post/ort:	Telefonnummer:
Vårdnadshavare:	Avdelning:

Barnet önskar av etniska/kulturella skäl ha följande kost:

--	--

Barnet skall av medicinska skäl ha följande specialkost:

--	--

Vilka allergiska besvär/reaktioner får barnet vid förtäring av ovan förkryssade kategorier?

Har barnet med sig akutmedicin till förskolan?

--

Vid ändrande behov och alltid inför varje nytt läsår samt ev. avdelningsbyte åligger det vårdnadshavare att meddela kökets kock om detta.

Datum:	Vårdnadshavare 1 underskrift:	Vårdnadshavare 2 underskrift:
--------	-------------------------------	-------------------------------