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](mailto: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.