

## Ansökan om specialkost i skolan

*Ifylles av vårdnadshavare och lämnas tillsammans med ev. läkarintyg till skolans expedition*

Elevens namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ Klass: \_\_\_\_\_

- Specialkost på grund av födoämnesallergi/intolerans/medicinska skäl (läkarintyg bifogas)
- Specialkost på grund av etniska/kulturella/religiösa skäl
- Specialkost på grund av annat skäl

Kommentar till ovanstående: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vårdnadshavare ansvarar för att informera skolan vid eventuella förändringar. Denna blankett gäller till dess att ny blankett inkommer.**

Vårdnadshavares namn: \_\_\_\_\_

Datum och underskrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Beslut

*Ifylles av elevhälsan:*

- Eleven beviljas specialkost efter beslut av elevhälsoteamet
- Beviljas ej

Datum för utvärdering på EHT: \_\_\_\_\_