



KALIX KOMMUN

Kommunledningsförvaltningen
Kostverksamheten
2026-08-18

Specialkostintyg medicinska skäl

Barnet/Elevens namn:	Personnummer:	Datum:
Skola/Förskola:	Klass/avdelning	
Vårdnadshavare:	E-mail och telefon:	
Mentor/Förskolepersonal:	E-mail och telefon:	

Intyget lämnas till:
Förskola – till
utbildningsförvaltningen

Skolelever – till skolsköterskan

Barnet/eleven är överkänslig/allergisk och behöver

Mat fri från

Laktos	Sesamfrö
Celiaki/Gluten	Soja
Jordnötter	Lupin
Nötter	Svaveldioxid och sulfat
Senap	Tillsatser
Selleri	Baljväxter
Mjölprotein	Övriga allergener – fyll i ruta nedan
Fisk	Barnet/eleven
Skaldjur	Har diabetes
Ägg	Behöver laktosfri dryck
	Behöver mjölkproteinfri dryck

Övriga allergener:

Övrigt:

- Eventuell akutbehandling vid symptom/reaktion
- Bifoga egenvårdplan om sådan finns
- Övrig information till köket

Underskrift vårdnadshavare

Namn: _____ Datum: _____