

Ansökan om anpassad kost

Anpassad matsedel (vid exempelvis diabetes, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, energilåg kost, energiberikad kost, konsistensanpassad kost eller annat)

Namn elev	Personnummer	Klass
-----------	--------------	-------

Datum	Underskrift vårdnadshavare 1
Datum	Underskrift vårdnadshavare 2

Orsak till anpassad kost:

Nedan fylls i av skola och måltidsverksamhet

☐

Beviljas

☐

Avslås

Mottagits av skolkök, datum:

Överenskommelse från EHT om anpassad måltid

Datum:
Underskrift, ansvarig EHT: