

Anmälan om specialkost

* Obligatoriska fält

Personuppgifter - inloggad person

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon 1*
Telefon 2
Arbetsplats

Välj roll

Jag är* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Pedagog	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare

Skola

Ange skola* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Dahlstiernska gymnasiet	<input type="checkbox"/> Fagerlidsskolan
<input type="checkbox"/> Karolinerkolan	<input type="checkbox"/> Kroppefjälls förskola
<input type="checkbox"/> Lundens förskola	<input type="checkbox"/> Markusgårdens förskola
<input type="checkbox"/> Nordalsskolan	<input type="checkbox"/> Rådaskolan
<input type="checkbox"/> Tallåsens förskola	<input type="checkbox"/> Telaris förskola
<input type="checkbox"/> Ymers förskola	<input type="checkbox"/> Åsebro förskola
<input type="checkbox"/> Åsebro skola	<input type="checkbox"/> Åsens skola
Ange avdelning eller klass*	

Välj barn

Vilket barn gäller ditt ärende* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Barn 1	<input type="checkbox"/> Barn 2
Har du använt denna tjänst tidigare och vill hämta upp tidigare ärende?	



Ärende

Jag är ensam vårdnadshavare

Personuppgifter för valt barn

Personnummer*

Förnamn*

Efternamn*

Adress*

Postnummer*

Ort*

Barnets mobil

Födelseår

Personuppgifter - ytterligare vårdnadshavare

Jag är ensam vårdnadshavare

Ensam vårdnadshavare (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Förnamn

Efternamn

Personnummer

E-mailadress

Adress

Postnr

Ort

Telefon 1*

Telefon 2

Arbetsplats

Anmälan om specialkost

Anmälan avser*	
<input type="checkbox"/> Laktosintolerans	<input type="checkbox"/> Allergier/medicinska skäl (exempelvis gluten-, mjölk- eller äggallergi)
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Ej fläskkött
<input type="checkbox"/> Överkänslig mot nötter, mandel och jordnötter	<input type="checkbox"/> Avanmälan av tidigare anmält behov av specialkost
<input type="checkbox"/> Anpassad måltid	
Förnamn	
Efternamn	
Förskola/skola	
Klass/avdelning	

Anpassad måltid

Anpassad måltid*	
<input type="checkbox"/> Önskekost	<input type="checkbox"/> Annat/kompletterande information
Skriv in kompletterande information	
Namn på läkare, dietist etc.*	
Vårdcentral/sjukhus etc.	
Telefon	
Journalutdrag, läkarintyg etc.*	

Laktosintolerans

Ange det alternativ som gäller för ditt barn:* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Behöver laktosfri dryck	<input type="checkbox"/> Behöver laktosfri mat
<input type="checkbox"/> Behöver laktosfri mat och dryck	
Förnamn	
Efternamn	
Förskola/skola	
Klass/avdelning	

Allergi/medicinska skäl

Allergi/medicinskt skäl*	
<input type="checkbox"/> Citrusfrukt	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Gluten
<input type="checkbox"/> Komjökprotein	<input type="checkbox"/> Kyckling
<input type="checkbox"/> Kärnfrukt	<input type="checkbox"/> Morot

Nötter/mandel/jordnötter/sesam

Skaldjur

Stenfrukt

Ägg

Annat

Selleri

Sojaprotein

Tomat

Ärtor/bönor/linser

Annat/kompletterande information

Namn på läkare, dietist etc.*

Vårdcentral/sjukhus etc.

Telefon

Journalutdrag, läkarintyg etc.*

Symptom, reaktion:*

Allergin kan vara livshotande* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Eventuell akutbehandling:

Beskriv om barnet tål frukt/grönsaker när det är tillagat:

Förnamn

Efternamn

Förskola/skola

Klass/avdelning

Samtycke

Samtycke*

Jag har tagit del av Melleruds kommuns rutiner för personuppgiftsbehandling i samband med denna e-tjänst



och samtycker till hantering av mina personuppgifter.

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Medsökande

Ort och datum

Underskrift