



Naturbruksförvaltningen, läsåret 25/26

## Intyg för medicinsk specialkost och anpassade måltider för elever på Naturbruksskolan Sötåsen

I takt med att allergier och anpassade måltider ökar i landets skolrestauranger har Naturbruksskolan Sötåsen beslutat att från och med detta läsår 25/26 behövs läkarintyg vid medicinsk specialkost och anpassade måltider i skolan. Detta enligt Skaraborgsmodellen som är utarbetat av Skaraborgs kommunalförbund och Skaraborgs sjukhus. [Vårdsamverkan Skaraborg Vägledning .pdf](#)

När du fyller i blanketten:

- **Specialkost av medicinska skäl samt anpassade måltider ska vara ordinerad av läkare**, till exempel celiaki, komjölkprotein, ägg (laktos undantaget). Anpassade måltider p.ga. till exempel selektiv ätstörning. **Komplettera med läkarintyg.**
- Anpassade måltider av etiska eller religiösa skäl ifylles i blanketten, till exempel vegan och ej fläskkött, krävs ej läkarintyg.
- Skriv så detaljerat som möjligt under övrigt- du kan ge värdefull information så att vi inte ändrar maten mer än vad som behövs. **Ange även vilket, om du tål mindre mängder laktos eller i tillagad form av laktos.**
- Intyget lämnas till skolrestaurangen.

Vid sjukdom eller ledighet, ring/sms:a kökets telefon före kl 08.00 för att undvika att specialkost tillagas och slängs. Vid ändrade förhållanden ansvarar vårdnadshavaren/eleven för att meddela köket.

Personuppgifterna i ansökan behandlas enligt GDPR. När ni ansöker om specialkost medger ni samtidigt att informationen får bearbetas och lagras i register av ansvarig förvaltning.

### Kontakt

#### Arbetslagsledare kök:

Cecilia Granath Karlsson, 0724-51 46 70  
[cecilia.granath.karlsson@vgregion.se](mailto:cecilia.granath.karlsson@vgregion.se)

#### Biträdande rektor kök och internat:

Sabina Knutsson, 0724-53 86 11  
[sabina.knutsson@vgregion.se](mailto:sabina.knutsson@vgregion.se)

#### Skolsköterska:

Kristina Bäck 0734-67 34 69  
[kristina.back@vgregion.se](mailto:kristina.back@vgregion.se)

# Intyg för medicinsk specialkost och anpassade måltider (komplettera med läkarintyg)

Elevens namn:	Personnummer:	Datum:
Skola:	Klass:	
Vårdnadshavare:	Telefon:	
E-mail:	Mentor:	

## Eleven är allergisk mot eller i behov av anpassade måltider (läkarintyg krävs)

- Glutenprotein                       Ägg  
 Sojaprotein                       Komjökprotein                       Selektiv kost  
Annat: \_\_\_\_\_

## Eleven är laktosintolerant (ej läkarintyg)

(välj 1 alternativ)

- Behöver endast laktosfri dryck                       Behöver laktosfri dryck och laktosfri mat

Övrigt: \_\_\_\_\_

## Eleven äter följande mat av etiska/kulturella skäl (ej läkarintyg)

- Vegetarisk mat, mjölk ingår  
 Vegetarisk mat, mjölk och ägg ingår  
 Vegetarisk mat, mjölk, ägg och fisk ingår  
 Vegetarisk mat, mjölk, ägg, fisk och kyckling ingår  
 Äter inte griskött

## Viktig information – vänligen fyll i

Symptom/reaktion samt eventuell akut behandling:

---

---

Nötter, jordnötter, sesamfrön och mandel förekommer inte i maten och får heller inte medtas till skolan. Om eleven har en svår allergi mot detta är det ändå viktigt att informationen fylls i under "annat".