



Intyg anpassad måltid till förskola/skola

Angående:

Namn: Klicka här för att ange text.

Personnummer: Klicka här för att ange text.

Förskola/Skola: Klicka här för att ange text.

Kommun: Klicka här för att ange text.

Avdelning/Årskurs: Klicka här för att ange text.

Vårdnadshavare ansvarar för att intyget lämnas till förskola/skola.

Beskriv svårigheten som orsakar behov av anpassad måltid

Klicka här för att ange text.

Beskriv behov av matanpassningar, ex oblandad mat, rullande meny, konsistensanpassad mat

Klicka här för att ange text.

Beskriv behov av anpassningar i måltidsmiljön

Klicka här för att ange text.

Framåsyftande målsättning – hur kan skolan/förskolan bidra för att stötta patienten till en bredare smakpalett?

Klicka här för att ange text.

Intyget gäller för följande tidsperiod:

Startdatum – slutdatum: Klicka här för att ange startdatum och slutdatum.

Vårdnadshavare godkänner att kontakt får upprättas mellan relevant personal från sjukvården och förskolan/skolan för informationsutbyte:

Ja Nej

Intyget utfärdat av: Klicka här för att ange text.

Datum, underskrift, namn, titel, kontaktuppgifter och tjänsteställe¹.

¹ Alla sjukvårdsintyg ska utfärdas av lämplig profession inom specialistvården habiliteringen barn och ungdom, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicin **alternativt** av specialistläkare i barn- och ungdomsmedicin inom primärvård/privata vårdgivare. Mer information se "Vägledning för medicinsk specialkost och anpassade måltider i Skaraborg".