



Intyg medicinsk specialkost till förskola/skola

Angående: Klicka här för att ange text.

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.

Ange typ av födoämnesintolerans eller om intyget avser celiaki

Klicka här för att ange text.

Patienten skall därför serveras en kost fri från detta inom ramen för förskola/skola.

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".