



Rutiner för allergier och specialkost för Sameskolstyrelsen



Kostpolicy inom förskola och grundskola

“Sameskolans måltidsverksamheter ska verka för en hållbar utveckling, lägga stor vikt vid samiska matrader samt präglas av ett hälsofrämjande synsätt.” Sameskolstyrelsen

Rutiner för allergier och specialkost inom Sameskolstyrelsen

Om ett barn i förskolan eller en elev i skolan har allergier eller är i behov av specialkost av medicinska skäl ska detta intygas av läkare, sjuksköterska eller dietist. I förskolan är det barnavårdscentralens (BVC) sköterska som utfärdar intyget. Undantag är laktosintolerans, där ifyllt formulär med förälders underskrift gäller.

Rutiner

När ett barn eller en elev har fått en allergi eller annan diagnos som kräver specialkost ska intyg från läkare, sjuksköterska eller dietist lämnas in.

Gången är följande:

1. Föräldrar kontaktar BVC för förskolans barn. För skolbarn kontaktas läkare, sjuksköterska eller dietist för ett intyg för allergin eller annan diagnos.
2. Föräldrarna tar ut blanketten för specialkost via hemsidan och fyller i den.
3. Blanketten och intyget lämnas till:
 - a. förskolan: förskolläraren
 - b. skolan: skolsköterskan
4. Förskolläraren alt. skolsköterskan lämnar till skolköket underlaget/blanketten och ger information om barnet/eleven och vad det inte kan äta alt. vilken specialkost den ska äta.
5. I kontakt kring frågor kring allergier och specialkost vänder sig förskolan till BVC och skolan till skolsköterskan.
6. Blanketten för laktosintolerans förnyas varje läsår i samband med läsårsstart.
7. Intyg från läkare, dietist eller sjuksköterska förnyas vid behov utifrån medicinsk bedömning.

Beställning av specialkost

Blankett för specialkost och allergier

Sameskolstyrelsen tillhandahåller specialkost efter beställning enligt följande grunder:

- sjukdomsrelaterade - specialkost ska vara ordinerad av läkare, sjuksköterska eller dietist.
- religiösa skäl - vid samråd med föräldrar lämnas information om möjligheterna att tillgodose barnens behov av och önskemål om den aktuella kosten.

Barnets/elevens namn	Personnummer
Förskola/skola	Avd./klass

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall **uteslutas** ur maten:

<input type="checkbox"/> Laktos <input type="checkbox"/> Tål i mat <input type="checkbox"/> Tål hårdost <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Mjolkprotein <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Skaldjur <input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> Fågel <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> Ärtor <input type="checkbox"/> Bönor/linser <input type="checkbox"/> Jordnötter <input type="checkbox"/> Mandel <input type="checkbox"/> Nötter	<input type="checkbox"/> Tomat <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad <input type="checkbox"/> Morot <input type="checkbox"/> Rå <input type="checkbox"/> Tillagad Andra grönsaker eller rotfrukter:	<input type="checkbox"/> Apelsin <input type="checkbox"/> Citrusfrukter <input type="checkbox"/> Äpplen <input type="checkbox"/> Jordgubbar <input type="checkbox"/> Kiwi <input type="checkbox"/> Persika <input type="checkbox"/> Nektarin Andra frukter och bär:	<input type="checkbox"/> Fläsk <input type="checkbox"/> Nöt <input type="checkbox"/> Blod Övrigt t ex laktovegetarisk/vegankost
--	--	--	--

Ordinationen tillstyrks av: Barn-ungdomskliniken Vårdcentral/BVC Skolhälsovården

Namn:

Titel:

Tfn:

Datum: _____

Målsmans underskrift

Datum: _____

Målsmans underskrift

Blanketten lämnas till förskollärare alt. skolsköterska på respektive enhet

