



Kostintyg Observatorielundens skola

Elevens namn: _____

Klass: _____

Livsmedelintolerans:

Gluten *

Laktos *

Soja *

Ägg *

Diabetes *

Religiösa skäl: _____

Vegan

Vegetarian

Pescatarian (vegetarian men äter fisk)

Övrigt: * _____

** Läkarintyg måste bifogas*

Datum

målsman

telefonnummer

Denna blankett lämnas in till elevens skola.