

Läs gärna Informationsbladet för specialkost innan du fyller i ansökan.

**Laktosreducerad kost:** Begränsar användningen av mjölkprodukter. De flesta med laktosintolerans tål en viss mängd laktos. Hur mycket man tål varierar, men de flesta kan dricka åtminstone en deciliter mjölk dagligen utan symtom.

**Laktosfri kost:** Laktosintolerans är mycket ovanligt hos små barn. Hos personer med ärftlighet för laktosintolerans minskar produktionen av enzymet laktas oftast under skol- eller ungdomsåren. Laktasbrist kan uppträda tillfälligt i samband med en skada i tarmslemhinnan som vid obehandlad glutenintolerans (celiaki) eller vid tarminfektioner. När skadan har läkt återkommer laktasenzymet. Misstänker du laktosintolerans, uppsök alltid läkare så att allvarigare tillstånd inte missas.

*Du som har barn i förskolan-rådfråga barnhälsovården innan du fyller i denna ansökan.  
Du som har barn i skolan-rådfråga skolsköterskan innan du fyller i denna ansökan.*

Barnets/elevens förnamn	Barnets/elevens efternamn	Personnummer
Förskola/skola		Avdelning/klass

Efter att ha rådfrågat skolsköterska/barnhälsovården ska vårt barn pröva:

Vi önskar att provperioden ska bli följande 14 dagar: Fr.o.m (åååå-mm-dd) T.o.m (åååå-mm-dd)
---

<input type="checkbox"/> Laktosreducerad kost (Vi erbjuder laktosfri mjölk att dricka och annan kost när maten innehåller mycket mjölk som t.ex. pannkakor, lasagne).
---

<input type="checkbox"/> Vi har utvärderat provperioden och barnet ska fortsätta ha laktosreducerad kost fr.o.m. (åååå-mm-dd)
---

\_\_\_\_\_  
Datum                      Vårdnadshavares underskrift                      Namnförtydligande  
(om eleven är myndig: elevens underskrift)

\_\_\_\_\_  
Telefon dagtid och mailadress, till vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Datum                      BVC-sköterskas/skolsköterskas underskrift                      Namnförtydligande

*Ansökan som gäller barn i förskola lämnas till förskolechefen.*

*Ansökan som gäller elever lämnas till skolmåltidsföreståndaren.*