



Laktosintolerans

Sjukvården skriver inte längre ut intyg för Laktosintolerans. Skolsköterskan (skolan) eller du som vårdnadshavare fyller i det bifogade intyget och lämnar det till köket.

Härmed intygar jag att:

Namn: _____ Födelseår _____

Förskola/Skola: _____

Avdelning/Klass: _____

Tål inte:

Tål inte vanlig mjölk i matlagning eller som dryck d.v.s. behöver en **strikt laktosfri kost**

Tål inte vanlig mjölk som dryck och maträtter som innehåller mycket vanlig mjölk dvs. kan äta vanlig mat som innehåller lite vanlig mjölk undantag rätter med mycket mjölk som exempelvis risgrynsgröt, pannkaka samt dricker laktosfri/laktosreducerad mjölk = **laktosreducerad kost**

Dagens datum: _____ Till och med datum*: _____

Vårdnadshavare: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer _____

E-post adress: _____

*) Här anger du om kosten är tillfällig, ange datum eller tills vidare.