



**NYKARLEBY**  
UUSIKAARLEPYY

## ANMÄLNINGSBLANKETT FÖR KOST SOM INTE KRÄVER LÄKARINTYG

Namn

Födelsedatum

Skola/Daghem

LAKTOSFRI KOST

VEGETARISK KOST

Äter:

\_\_ ägg

\_\_ fisk

\_\_ kyckling

\_\_ mjölkprodukter

KOST UTAN GRISKÖTT

---

Vårdnadshavares underskrift