

Datum	Intyg ang allergier och födoämnesöverkänslighet		Plats för foto
Barnets namn:		Födelsedatum:	
Skola: Klass:		Förskola: Fritidshem:	
1. Vårdnadshavares namn: 2. " "			
Adress:		1. Telefon bostad: mobil:	Arbete:
Postnummer och ort:		2. Telefon bostad: mobil:	Arbete:
Annan kontaktperson:		Telefon bostad: mobil:	Arbete:

Om barnet äter något /några / flera av livsmedlen nedan reagerar hon/han med följande besvär: (ange även hur snabbt reaktionen kommer)

Behöver barnet medicin om han / hon får i sig "fel" mat? *Kontrollera att barnet har en egen ifylld "Handlingsplan vid allergisk reaktion" vid behov av medicinering!*

--

Finns läkarintyg?

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall uteslutas ur kosten.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Laktos * | <input type="checkbox"/> Tomat | <input type="checkbox"/> Nötter |
| <input type="checkbox"/> Komjölksprotein | <input type="checkbox"/> Rå | <input type="checkbox"/> Mandel |
| <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Tillagad | <input type="checkbox"/> Apelsin |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur | | <input type="checkbox"/> Citrusfrukter |
| <input type="checkbox"/> Ägg | <input type="checkbox"/> Morot | <input type="checkbox"/> Äpple |
| <input type="checkbox"/> Kyckling | <input type="checkbox"/> Rå | <input type="checkbox"/> Jordgubbar |
| <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Tillagad | <input type="checkbox"/> Kiwi |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein | | <input type="checkbox"/> Persika |
| <input type="checkbox"/> Ärtor | | <input type="checkbox"/> Nektarin |
| <input type="checkbox"/> Gluten | | |

Andra livsmedel som skall uteslutas ur kosten?

.....

Vi strävar efter att skapa en trygg och säker mathantering för barn med allergier eller annan födoämnesöverkänslighet. Likaså vill vi att kommunikationen mellan hemmet och förskolan/ skolan vara bra. Hör gärna av er till kökspersonalen om ni har frågor eller funderingar angående kosten.

Telefon till köket: 453848

PS. Ni får gärna sända med ett foto så känner personalen lättare igen ert barn. DS.

Vänd blad

Detta reagerar barnet allergiskt mot tex, djur, växter dofter mm.	Barnet reagerar med följande besvär	Behöver barnet medicin vid reaktion?

Blanketten lämnas till den skola/förskola som har ansvar för ditt barn. Därefter kommer kopia av blanketten i förekommande fall att skickas till: - köksansvarig i tillagnings-kök, skolsköterska, klassföreståndare/förskolelärare och till ansvarig för fritids, hemkunskap samt elevens val. Vidarebefordran av blanketten godkännes av vårdnadshavaren.

Datum: _____

Vårdnadshavares underskrift: _____