

Intyg angående födoämnesöverkänslighet

Datum		Plats för foto
Barnets namn	Personnummer	
Skola	Förskola	
Klass	Fritidshem	
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2	
Namn	Namn	
Adress	Adress	
Postnummer, ort	Postnummer, ort	
Telefon	Telefon	
Bostad	Bostad	
Mobil	Mobil	
Annan kontaktperson	Telefon	
Namn	Bostad	
	Mobil	

Om barnet äter något/några/flera av livsmedlen nedan reagerar hon/han med följande besvär. Ange även hur snabbt reaktionen kommer (i minuter/timmar)

Behöver barnet medicin om han/hon får i sig "fel" mat? Ja Nej

Kontrollera att barnet har en egen ifylld "Handlingsplan vid allergisk reaktion" vid behov av medicinering.

Finns läkarintyg? Ja Nej

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

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

Andra livsmedel som ska uteslutas ur kosten?

* Hur mycket mjölk, fil, yoghurt tål barnet per dag?

Blanketten lämnas till skolsköterskan. Därefter kommer kopia av blanketten i förekommande fall att skickas till: Köksansvarig i mottagningskök samt tillagningskök, klassföreståndare/förskollärare och till ansvarig för fritids, hemkunskap samt elevens val. Vidarebefordran av blanketten godkännes av vårdnadshavaren.

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Ge oss på nästa sida tips på vad barnet kan äta eller inte äta. Har ni själva produkter, recept eller annat ni vill informera oss om så tar vi tacksamt emot detta.

