

Elevers namn.....Åk.....Läsår.....

Födoämnesallergi/intolerans

Är allergisk /intolerant mot:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Åtgärd (handlingsplan om något händer)

.....

.....

.....

Önskemål om särskild mat

Äter av etiska-, religiösa-eller andra skäl inte följande livsmedel:

.....

.....

.....

Vid en eventuell förändring av ovanstående är det målsmans ansvar att kontakta skolhälsovården respektive skolmåltidspersonal. Vid frånvaro pga sjukdom kontakta skolmåltidspersonalen.

Namn (målsman) Tel. hem..... Tel.arb.....

Namn(målsman)..... Tel.hem..... Tel.arb.....

Datum.....

Målsmansnamnteckning.....