

## ELEV MED BEHOV AV SPECIALKOST

Ifylles av vårdnadshavare

- Blanketten lämnas till lärare för vidarebefordran till skolmåltidspersonal.
- Läkarintyg bifogas
- Kopia av formulär sparas av lärare för information till fritidspersonal samt övrig personal som bör ha kännedom om ev. allergi/överkänslighet.

Barnet/elevens namn:

Personnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Skola:

Klass:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens namn:

\_\_\_\_\_

### Mitt barn tål inte:

- Nötter, jordnötter eller mandel
- Mjölkäggvita (mjölkprotein)
- Laktosintolerant (mjölksocker)
- Ägg
- Fisk
- Soja/baljväxter

Sädesslag, vilka? \_\_\_\_\_

Annan födoämnesöverkänslighet? \_\_\_\_\_

Finns risk för svåra akuta reaktioner?

Ja

Nej

Mot vad? \_\_\_\_\_

Har det inträffat svår akut reaktion tidigare?

Ja

Nej

Har barnet akutmedicin om det får i sig fel mat?

Ja

Nej

Var finns barnets akutmedicin? \_\_\_\_\_

Vem i skolpersonalen har ni vidtalat som kan ge  
medicinen? \_\_\_\_\_

**Vårdnadshavare ansvarar för att informera lärare och skolmåltidspersonal vid  
förändringar i barnets födoämnesöverkänslighet.**

**Skolhälsovården ska även informeras vid allvarlig allergi**

Ort:	Datum:	Vårdnadshavarens underskrift och telefonnummer dagtid:

