

**ELEV MED BEHOV AV  
SPECIALKOST** Ifylles av  
vårdnadshavare

Formuläret lämnas till lärare för vidarebefordran till skolmåltidspersonal och för kännedom till skolsköterska, klasslärare, hemkunskapslärare, fritidspersonal och fritidsklubb.

Barnets/elevens namn: \_\_\_\_\_

Klass: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

**Mitt barn tål inte:**

Nötter, jordnötter eller mandel

Mjölkäggvita (mjölkprotein)

Laktosintolerant (mjölksocker)

Ägg

Fisk

Soja/baljväxter

Sädesslag/gluten,

vilka? \_\_\_\_\_

Annan födoämnesöverkänslighet, ex

frukt/grönsak? \_\_\_\_\_

Finns risk för svåra akuta reaktioner? Ja  Nej

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



Har det inträffat svår akut reaktion tidigare? Ja  Nej

Har barnet akutmediciner om det får i sig fel mat? Ja  Nej

Var finns barnets akutmedicin?

---

Vem i skolpersonalen har Ni vidtalat som kan ge medicinen?

---

Ange ev. annat önskemål, ex. äter ej fläskkött/vegetarian/vegan. \_\_\_\_\_

Ev. övrig information gällande ditt barns behov av specialkost:

---

---

---

**Vårdnadshavare ansvarar för att informera lärare och skolmåltidspersonal vid förändringar i barnets födoämnesöverkänslighet. Skolhälsovården skall även informeras av vårdnadshavarna.**

Ort Datum

---

Vårdnadshavares underskrift

---

Telefon nummer dagtid

---

Denna blankett gäller till dess att en ny blankett inkommer enligt ovan