



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 akutmedicin 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 och telefon nummer dagtid
-----	-------	--

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