



Elev/barn med behov av specialkost

PLATS FÖR
FOTOGRAFI

Elevens namn		Personnummer	
Förskola/skola		Avdelning/klass	Fritidsavdelning
Klassföreståndare/Fritidspedagog		Telefon dagtid	
Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Telefon dagtid	Mobiletelefon	Telefon dagtid	Mobiletelefon

Allergisk/överkänslig mot: (kryssa i aktuell ruta/rutor)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Laktos, välj <u>ett</u> av följande alternativ:
<input type="checkbox"/> Endast laktoslåg dryck
<input type="checkbox"/> Laktoslåg mat och dryck | <input type="checkbox"/> Sojaböna
<input type="checkbox"/> Sojalecitin
<input type="checkbox"/> Annan böna, ärtor, linser
Vilken, vilka?..... | <input type="checkbox"/> Kokosnöt
<input type="checkbox"/> Sesamfrön
<input type="checkbox"/> Tomater, råa
<input type="checkbox"/> Tomater, kokta/tillagade
<input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein
<input type="checkbox"/> Gluten
<input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> luftburen
<input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> luftburen | <input type="checkbox"/> Jordnötter
<input type="checkbox"/> Nötter
<input type="checkbox"/> Mandel | |

Klarar eleven/barnet mindre mängder av det den reagerar på, så skriv det här:

(Exempel: Tål upphettat äpple och morot)

Behov av annan kost:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> P g a diabetes | <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost |
| <input type="checkbox"/> Ej griskött | <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost + fisk |
| <input type="checkbox"/> Annan kost: | |

Använd gärna baksidan för att lämna mer information om så behövs.

Medicin

Behöver ert barn akutmedicin om han/hon får i sig "fel mat"? Ange i så fall här och vad! Skriv var medicinen förvaras. En skriftlig ordination ska alltid finnas med akutmedicinen.

Underskrift

År och datum	Namnteckning (Vårdnadshavare)
--------------	-------------------------------