

Plats för foto

## Formulär för beställning av specialkost vid födoämnesöverkänslighet

*Ifyllt formulär samt läkarintyg lämnas till \_\_\_\_\_ på skolan, som för elevens säkerhet kommer att förmedla informationen vidare till berörd personal.*

Namn	Födelsedatum
Skola	Klass
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Tel.nr (ange nummer som är anträffbart under skoltid)	Tel.nr (ange nummer som är anträffbart under skoltid)

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> laktos           | <input type="checkbox"/> soja/baljväxter | <input type="checkbox"/> tomater råa       |
| <input type="checkbox"/> komjolkprotein   | <input type="checkbox"/> nötter          | <input type="checkbox"/> tomater tillagade |
| <input type="checkbox"/> gluten (celiaki) | <input type="checkbox"/> mandel          | <input type="checkbox"/> ärter             |
| <input type="checkbox"/> ägg              | <input type="checkbox"/> jordnötter      | <input type="checkbox"/> citrusfrukter     |
| <input type="checkbox"/> fisk             | <input type="checkbox"/> annat _____     |  |

**Akut överkänslighetsreaktion:**

Beskriv vad skolan/eleven ska göra vid akut överkänslighetsreaktion: *(vilken medicin, var finns den och hur och hur mycket ska intas, vem ska kontaktas osv.)*

---

---

---

**Läkarintyg för elevens födoämnesöverkänslighet bifogas: JA  NEJ**

**Det är mycket viktigt att vårdnadshavaren informerar vid förändringar i elevens födoämnesallergi/överkänslighet. Nytt formulär ska lämnas in vid skolstart varje år.**

Ort

Datum

Vårdnadshavarens underskrift

---

---

---