



Intyg vid Födoämnesallergi/överkänslighet

Elev/barn _____

Personnummer _____

Spår _____

Intyget gäller fr.o.m. _____

år-månad-dag

Annan kost av medicinska skäl

Läkarintyg bifogas!

Behandlande läkare/dietist: _____

Kryssa för vilka livsmedel som skall **uteslutas** ur maten.

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Mjök | <input type="checkbox"/> Tomat | <input type="checkbox"/> Apelsin | |
| <input type="checkbox"/> Komjölksprotein | <input type="checkbox"/> Rå | <input type="checkbox"/> Citrusfrukter | |
| <input type="checkbox"/> Laktos* | <input type="checkbox"/> Tillagad | <input type="checkbox"/> Nektarin | |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein | | <input type="checkbox"/> Kiwi | |
| | Morot | <input type="checkbox"/> Äpplen | |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Rå | <input type="checkbox"/> Persika | |
| | <input type="checkbox"/> Tillagad | <input type="checkbox"/> Jordgubbar | |
| <input type="checkbox"/> Mandel | | <input type="checkbox"/> Melon | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Ärtor | | |
| <input type="checkbox"/> Nötter | <input type="checkbox"/> Bönor/Linser | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Fisk | Andra grönsaker | Annan frukt/bär såsom: | Övriga livsmedel: |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur | eller rotfrukter såsom: | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ägg | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kyckling | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |

* Tål eleven/barnet mjök/fil/yoghurt i maten? Ja Nej

Övriga födoämnen eller annat som framkallar allergisk/överkänslighet: _____

Övrig information om tillagning, livsmedelsval, ersättningsprodukter m.m. _____

Symtom/Reaktionsmönster

→

Behandling

Skall akutmedicin finnas i elevens/barnets närhet?

Ja

Nej

Placering: _____

Annan kost på grund av Religion/kultur eller Lakto/och vegetarisk kost
Intyg lämnas av målsman!

Diabeteskost

Laktovegetarisk kost

Vegetarisk kost

kost pga av religion/kultur: ange vad barnet/eleven ej får äta: _____

Giltighet: Detta intyg gäller tills vårdnadshavare informerar förskolan eller skolsköterskan om förändringar och då läkarintyg krävs bifogas det med nya intyget.

Det är mycket viktigt att vårdnadshavare informerar vid förändringar i elevens/barnets matöverkänslighet!

I skolan lämnas detta intyg till skolsköterskan. Intyget distribueras därefter till kokerska, mentor i skolan/fritidshem

I förskolan lämnas detta intyg till inskolningspedagog, som ansvarar för att en gemensam genomgång där föräldrar, inskolningspedagog och kokerska deltar.

OBS! Meddela förskolan/skolan vid barnets/elevens frånvaro pga ledighet eller sjukdom.

Intyget ifyllt av:

Vårdnadshavares underskrift: _____ Datum: _____
år-månad-dag

Vårdnadshavares underskrift: _____ Datum: _____
år-månad-dag