

Utlåtande vid födoämnesöverkänslighet

Gäller för

Namn:

Personnummer:

Förskola/skola:

Avdelning/klass:

Allergi: _____

Intolerans: _____

Annan allergi/överkänslighet:

SJUKVÅRD

Symtom/Reaktionsmönster:

Behandling:



Dessa läkemedel ska finnas i barnets närhet:

Namn:

Personnummer:

Exempel på ersättningsprodukter:

Övrig information om tillagning med mera:

Utlåtandet ifyllt i samråd med vårdnadshavare/elev av behandlande/ansvarig läkare eller dietist:

Behandlande läkare/dietist:

Datum:

Giltigt t.o.m:

Vårdnadshavare/elev förbinder sig att vid varje anmälan om frånvaro, meddela förskolan/skolan om att barnet/eleven har specialkost.

Datum:

Datum:

Underskrift:

Underskrift:

Anhörig:

Anhörig:

Telefon hem:

Telefon hem:

Telefon dagtid:

Telefon dagtid:

Mobiltelefon:

Mobiltelefon:

E-post:

E-post:

Utlåtandet lämnas till skolsköterska/förskolans rektor för vidare distribution till berörda!

Datum:

BVC-sköterska/skolsköterska:

Ansvarig på förskolan/skolan för distribution: Rektor till förskolepersonal
Skolsköterska till skolpersonal

Detta utlåtande distribueras till:

- Klassansvarig/ansvarig för barnet i förskolan
 Ansvarig i kök

Samt i förekommande fall till:

- Ansvarig i produktionskök
 Fritidshem
 Hemkunskapslärare