

# Intyg födoämnesallergi/specialkost

Fyll i detta formulär när barnet har matallergi/överkänslighet eller behov av annan specialkost och lämna det till ansvarig person på förskolan. Kopior ska finnas där maten tillagas och serveras. Originalen behålls av förskolan. Intyget ska uppdateras varje läsår.

Barnets namn	Personnummer	
Förskola	Avdelning	
Vårdnadshavare/kontaktperson	Telefon hem	Telefon mobil
Vårdnadshavare/kontaktperson	Telefon hem	Telefon mobil

## Anledning till specialkost

- Födoämnesöverkänslighet/allergi       Specialkost på grund av religion  
 Lakto-ovovegetarian .....  
 Sjukdom .....

## Barnet får inte äta

- |                                       |                                         |                                                         |                                    |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mjolkprotein | <input type="checkbox"/> Tomat tillagad | <input type="checkbox"/> Sesamfrön                      | <input type="checkbox"/> Fläskkött |
| <input type="checkbox"/> Laktos       | <input type="checkbox"/> Tomat rå       | <input type="checkbox"/> Nötter/mandel/jordnötter       | <input type="checkbox"/> Nötkött   |
| <input type="checkbox"/> Gluten       | <input type="checkbox"/> Morot tillagad | <input type="checkbox"/> Stenfrukt ex. persika, plommon | <input type="checkbox"/> Blodmat   |
| <input type="checkbox"/> Fisk         | <input type="checkbox"/> Morot rå       | <input type="checkbox"/> Selleri                        |                                    |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur     | <input type="checkbox"/> Citrusfrukter  | <input type="checkbox"/> Sädesslag ange sort .....      |                                    |
| <input type="checkbox"/> Ägg          | <input type="checkbox"/> Äpple          | <input type="checkbox"/> Baljväxter ange sort .....     |                                    |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein  | <input type="checkbox"/> Päron          | <input type="checkbox"/> Annat .....                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Senap        |                                         |                                                         |                                    |

## Övrig allergiinformation

Om barnet äter någon av dessa livsmedel reagerar hon/han med följande besvär:.....

Har barnet utretts av läkare för sin födoämnesöverkänslighet?       Ja     Nej

Finns risk för akuta allvarliga reaktioner?       Ja     Nej

Har barnet akutmediciner som ska tas vid allergireaktion?       Ja     Nej

I så fall vilka?.....

Var förvaras medicinen?.....

## Intygas av vårdnadshavare

## Mottaget av

\_\_\_\_\_  
Datum      Namn (Vårdnadshavare)

\_\_\_\_\_  
Datum      Namn (Förskolechef)

\_\_\_\_\_  
Datum      Namn (Vårdnadshavare)