

Plats för  
foto

## Intyg vid FÖDOÄMNESALLERGI / ÖVERKÄNSLIGHET

Elev/barn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Skola/förskola, pedagogisk omsorg \_\_\_\_\_

Avdelning/klass/program \_\_\_\_\_

Intyget gäller fr.o.m. \_\_\_\_\_  
år-månad-dagKryssa för vilka födoämnen som skall **uteslutas** ur maten.

<input type="checkbox"/> Fisk	<b>Tillagad</b>	<b>Rå</b>	<b>Tillagad</b>	<b>Rå</b>
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Tomat	<input type="checkbox"/> Tomat	<input type="checkbox"/> Apelsin	<input type="checkbox"/> Apelsin
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Morot	<input type="checkbox"/> Morot	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter
<input type="checkbox"/> Vete	<input type="checkbox"/> Majs	<input type="checkbox"/> Majs	<input type="checkbox"/> Jordgubbar	<input type="checkbox"/> Jordgubbar
<input type="checkbox"/> Mjölprotein	<input type="checkbox"/> Paprika	<input type="checkbox"/> Paprika	<input type="checkbox"/> Kiwi	<input type="checkbox"/> Kiwi
<input type="checkbox"/> Bönor/Linser			<input type="checkbox"/> Nektarin	<input type="checkbox"/> Nektarin
<input type="checkbox"/> Ärtor			<input type="checkbox"/> Äpplen	<input type="checkbox"/> Äpplen
<input type="checkbox"/> Sojaprotein			<input type="checkbox"/> Persika	<input type="checkbox"/> Persika
<input type="checkbox"/> Ägg			<input type="checkbox"/> Päron	<input type="checkbox"/> Päron
<input type="checkbox"/> Kyckling	Andra grönsaker eller rotfrukter såsom:		Annan frukt/bär såsom:	Övriga födoämnen:
<input type="checkbox"/> Jordnötter	_____		_____	_____
<input type="checkbox"/> Nötter	_____		_____	_____
<input type="checkbox"/> Mandel	_____		_____	_____
<input type="checkbox"/> Sesamfrö	_____		_____	_____

Övrig information om tillagning, livsmedelsval, ersättningsprodukter, kryddor/blandningar m.m. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Symtom/Reaktionsmönster → \_\_\_\_\_

Behandling \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Skall akutmedicin finnas i elevens/barnets närhet?

 Ja Nej

Har eleven/barnet utretts av läkare för sin födoämnesallergi?  Ja  Nej

Finns läkarintyg?  Ja  Nej

Behandlande läkare/dietist: \_\_\_\_\_

-----

**Detta intyg gäller tills vårdnadshavare informerar förskoleköket eller skolsköterskan om förändringar i allergi/överkänslighet hos eleven/barnet.  
Tänk på att meddela tillagningsköket vid eventuell frånvaro.**

I skolan lämnas detta intyg till skolsköterskan och i förskolan lämnas detta intyg till förskoleköket.  
Kopia på intyget distribueras sedan till:  
(markera vilka som fått en kopia)

- Klass-/avdelning/programansvarig i skola/förskola, pedagogisk omsorg
- Ansvarigt tillagningskök
- Ansvarigt mottagnings-/serveringskök
- Fritidshem/fritidsklubb
- Hemkunskapslärare
- Vårdnadshavare** (ska alltid ha en kopia)

Ansvarigt tillagningskök: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ansvarig i kök/dietkokerska: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Skol-/BVC sköterska: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

**Intyget ifyllt av:**

\_\_\_\_\_  
behandlande/ansvarig läkare/dietist eller skolsköterska/BVC-sköterska i samråd med vårdnadshavare/elev/barn.

Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
år-månad-dag

**Läkarintyg kan krävas.**