



**LUNDS  
KOMMUN**

## Intyg vid FÖDOÄMNESALLERGI/ ÖVERKÄNSLIGHET

Elev

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

Skola

Klass (kan fyllas i av elev innan blankett  
lämnas in till mentorn)

Intyget gäller fr.o.m. (år/månad/dag)

**Detta intyg gäller tills eleven informerar skolan om förändringar i allergi/överkänslighet.**

I skolan lämnas detta intyg till skolsköterskan, ansvarigt tillagningskök och/eller ansvarigt mottagnings-/serveringskök.

Elevens underskrift

Datum (år/månad/dag)

**Läkarintyg kan krävas**

Kryssa för vilka födoämnen som ska uteslutas ur maten:

- |                                       |                                  |                                      |                                      |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fisk         | <b>Tillagad</b>                  | <b>Tillagad</b>                      | <b>Rå</b>                            |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur     | <input type="checkbox"/> Tomat   | <input type="checkbox"/> Apelsin     | <input type="checkbox"/> Apelsin     |
| <input type="checkbox"/> Gluten       | <input type="checkbox"/> Morot   | <input type="checkbox"/> Citrusfrukt | <input type="checkbox"/> Citrusfrukt |
| <input type="checkbox"/> Vete         | <input type="checkbox"/> Majs    | <input type="checkbox"/> Jordgubbar  | <input type="checkbox"/> Jordgubbar  |
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein  | <input type="checkbox"/> Paprika | <input type="checkbox"/> Kiwi        | <input type="checkbox"/> Kiwi        |
| <input type="checkbox"/> Bönor/linser | <b>Rå</b>                        | <input type="checkbox"/> Nektarin    | <input type="checkbox"/> Nektarin    |
| <input type="checkbox"/> Ärtor        | <input type="checkbox"/> Tomat   | <input type="checkbox"/> Äpplen      | <input type="checkbox"/> Äpplen      |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein  | <input type="checkbox"/> Morot   | <input type="checkbox"/> Persika     | <input type="checkbox"/> Persika     |
| <input type="checkbox"/> Ägg          | <input type="checkbox"/> Majs    | <input type="checkbox"/> Päron       | <input type="checkbox"/> Päron       |
| <input type="checkbox"/> Kyckling     | <input type="checkbox"/> Paprika |                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Jordnötter   |                                  |                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Nötter       |                                  |                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Mandel       |                                  |                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Sesamfrö     |                                  |                                      |                                      |

Andra grönsaker eller rotfrukter, såsom:

Andra frukter/bär, såsom

Övriga födoämnen



**LUNDS  
KOMMUN**

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

**Symptom**

**Behandling**

Skall akutmedicin finnas i elevens närhet?

Ja

Nej

Har eleven utretts av läkare för sin födoämnesallergi?

Ja

Nej

**Behandlande läkare/dietist**