

LOGGA

Elev med behov av specialkost på Sjöstjärneskolan

Formuläret lämnas till lärare för vidarebefordran till skolmältidspersonal, skolsköterska eller annan personal i förskola och skola.

Barnets/elevens namn:
Personnummer:
Namn vårdnadshavare 1:
Mobil vårdnadshavare 1:
Namn vårdnadshavare 2:
Mobil vårdnadshavare 2:

Mitt barn tål INTE:

- Nötter, jordnötter eller mandel
- Mjolkprotein
- Laktos
- Ägg
- Fisk
- Soja, baljväxter
- Sädesslag, vilka? _____
- Annan födoämneskänslighet? _____
- Vi har önskemål om annan kost, ange vilken: _____

Har barnet utretts av läkare för sin födoämneskänslighet? JA NEJ

Om ja, finns läkarintyg? JA NEJ

Finns risk för svåra akuta reaktioner? JA NEJ

Om ja, vilket födoämne ger vilken reaktion? _____

Har barnet akutmedicin om det får i sig fel mat? JA NEJ

Om ja, vilken medicin ges för vilken allergi?

Det är mycket viktigt att vårdnadshavare informerar förskollärare/lärare vid förändringar i barnets födoämneskänslighet.

Vårdnadshavare som önskar kost som inte utgår från barnets allergi ansvarar för att barnet får i sig de livsnödvändiga ämnena för att undvika näringsbrist.

Genom att signera denna blankett godkänner vårdnadshavare ovan villkor.

Underskrifter

Ort, datum _____

Ort, datum _____

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2