

Plats för foto

**Formulär för beställning
av specialkost**

Ifyllt formulär lämnas till berörd personal.

Namn		Födelsedatum	
Skola		Klass	
Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Telefonnummer (ange nummer som är anträffbart under skoltid)		Telefonnummer (ange nummer som är anträffbart under skoltid)	

Allergisk/överkänslig mot: (kryssa i aktuell/a ruta/rutor)

- | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> laktos | <input type="checkbox"/> soja/baljväxter | <input type="checkbox"/> tomater tillagade |
| <input type="checkbox"/> komjölkprotein | <input type="checkbox"/> nötter | <input type="checkbox"/> ärtor |
| <input type="checkbox"/> gluten (celiaki) | <input type="checkbox"/> mandel | <input type="checkbox"/> citrusfrukter |
| <input type="checkbox"/> ägg | <input type="checkbox"/> jordnötter | |
| <input type="checkbox"/> fisk | <input type="checkbox"/> tomater råa | |

Annat/övrigt

Akut överkänslighetsreaktion:Beskriv vad skolan/eleven ska göra vid akut överkänslighetsreaktion.
(vilken medicin, var finns den och hur och hur mycket ska intas, vem ska kontaktas osv.)

**Det är mycket viktigt att vårdnadshavaren informerar vid
förändringar i elevens födoämnesallergi/överkänslighet.**

Ort

Datum

Vårdnadshavarens underskrift