



BIRKAGÅRDEN

INTYG AV SPECIALKOST AV MEDICENSKA SKÄL

Elevers namn	Förskola/klass	
Personnummer	Hemvist	
Vårdnadshavare tel	Mobil	Mobil/arb
Vårdnadshavare tel	Mobil	Mobil/arb

ANLEDNING

Födoämnesallergi Födoämnesintolerans Sjukdom/annat, vad

Om eleven äter något/några av livsmedlen kan följande reaktioner uppstå (ange även hur snabbt reaktionen kommer) :

Har eleven kontakt med läkare? Ja Nej ev. medicin _____

MJÖLK

Skall uteslutas i mat och som dryck - kan ersättas med _____ Hårdost kan användas/går bra

Skall uteslutas i maten - kan ersättas med _____

Skall uteslutas som dryck - kan ersättas med _____

MATFETT

Tål ej vanligt bords- och stekmargarin - kan ersättas med _____

ÄGG

Skall uteslutas i maten

Kan ingå i mat men ej ätas naturellt

ANDRA LIVSMEDEL

Kryssa för om livsmedlet ska **uteslutas** från maten. Markera med parentes om allergin är av sådan lindrig art att eleven själv kan undvika livsmedlet genom att utesluta det på tallrike. (gäller frukt och grönsaker)

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fisk | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Jordnötter | <input type="checkbox"/> Morot rå | <input type="checkbox"/> Morot tillagad |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur | <input type="checkbox"/> Tomat rå | <input type="checkbox"/> Ärtor | <input type="checkbox"/> Äpple | <input type="checkbox"/> Paprika rå |
| <input type="checkbox"/> Kyckling | <input type="checkbox"/> Tomat tillagad | <input type="checkbox"/> Bönor/linser | <input type="checkbox"/> Jordgubbssylt | <input type="checkbox"/> Paprika tillagad |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein | <input type="checkbox"/> Ketchup | <input type="checkbox"/> Persika | <input type="checkbox"/> Kiwi | |
| <input type="checkbox"/> Nektarin | <input type="checkbox"/> Citrusfrukter | <input type="checkbox"/> Mandel | <input type="checkbox"/> Nötter | |

Andra livsmedel, frukter eller grönsaker

Kontakta förskolan vid förändring

Namnförtydligande Vårdnadshavare

Underskrift vårdnadshavare

Datum