

Barn/elev med behov av specialkost

Blanketten lämnas till skolsköterskan för förskoleklass-årskurs 9. Blankett för förskolebarn lämnas till berörd förskoleavdelning.

Barnets namn: _____

Födelsedatum (xx-xx-xx): _____

Förskola/skola: _____

Avdelning/klass: _____

Vårdnadshavares namn: _____

Tfn dagtid till vårdnadshavare: _____

Barnet är allergiskt/intolerant mot följande:

- Nötter/jordnötter/mandel (ej tillåtet att införa i kommunens skolor/förskolor)
- Mjök
- Ägg
- Fisk
- Gluten
- Laktos
- Soja/baljväxter
- Övrigt. Ange vad: _____

Vilka reaktioner har barnet fått? _____

Har barnet akutmedicin om det får i sig fel mat? ja nej

I så fall vilka? _____

Vilken vårdkontakt har barnet haft?

Läkare/Dietist: _____ Tfn: _____

Vårdcentral/BVC-mottagning etc: _____

Datum på bifogat intyg/journalutdrag: _____

Det är mycket viktigt att målsman informerar förskolepersonal/skolsköterska vid förändringar gällande barnets behov av specialkost!

Skolsköterskas notering till köket: _____