



## Elev med behov av specialkost

### Ifylles av vårdnadshavare

Formuläret lämnas till klassläraren/mentorn för vidarebefordran till skolsköterskan och för kännedom till skolmåltidspersonal, ämneslärare, hemkunskapslärare, fritidspersonal och personalen på fritidsklubb. Vårdnadshavaren ansvarar för att informera klassläraren/mentorn om eventuella förändringar gällande barnets behov av specialkost. Denna blankett gäller till dess att en blankett inkommer. Skolsköterskan bedömer om det behövs ett läkarintyg.

<b>Barnets/elevers namn</b>	
<b>Personnummer</b>	
<b>Klass</b>	
<b>Vårdnadshavarens namn</b>	
<b>Vårdnadshavarens mobilnummer</b>	

### Mitt barn tål inte

- |                                                              |                                                      |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nötter, jordnötter eller mandel     | <input type="checkbox"/> Mjölkäggvita (mjölkprotein) |
| <input type="checkbox"/> Laktos (mjölksocker)                | <input type="checkbox"/> Ägg                         |
| <input type="checkbox"/> Fisk                                | <input type="checkbox"/> Soja/baljväxter             |
| <input type="checkbox"/> Sädesslag, vilket/vilka? _____      |                                                      |
| <input type="checkbox"/> Annat födoämne, vilket vilka? _____ |                                                      |

Finns det risk för svåra akuta reaktioner?

- Nej       Ja, mot vad, \_\_\_\_\_

Har det inträffat svår akut reaktion tidigare?

- Nej       Ja

Har barnet akutmedicin om det får i sig fel mat?

- Nej       Ja, var finns medicinen? \_\_\_\_\_

Vem i skolpersonalen har vi fått överlåtelse att ge medicinen enligt blanketten "Överlåtelse av medicin"?

\_\_\_\_\_

<b>Datum</b>
<b>Vårdnadshavarens underskrift</b>