



## Allergier/Astma

Om barnet har behov av specialkost är det viktigt att ni fyller i detta formulär och lämnar till personalen på förskolan så att ert barn får rätt kost.

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Mitt/vårt barn tål inte: (Kryssa i aktuell ruta/rutor)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nötter, jordnötter,mandel                             | <input type="checkbox"/> Laktos                      |
| <input type="checkbox"/> Mjölprotein   | <input type="checkbox"/> Ägg                         |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur  | <input type="checkbox"/> Fisk                        |
| <input type="checkbox"/> Soja  | <input type="checkbox"/> Annan födoämnesämnesallergi |
| <input type="checkbox"/> Gluten  | Vilken? _____  |
| <input type="checkbox"/> Jag/vi har önskemål om annan kost, ange vilken: _____ |  |
- 

1. Har barnet utretts av läkare för sin födoämnesallergi? Ja/Nej
2. Finns läkarintyg? Ja/Nej
3. Finns risk för akuta reaktioner? Ja/Nej  
Mot vad? \_\_\_\_\_
4. Har barnet akutmedicinering om det får i sig fel mat? Ja/Nej  
I så fall vilka? \_\_\_\_\_

Om ja på fråga 3 och 4 behöver vi en handlingsplan från behandlande läkare.

Det är mycket viktigt att du/ni informerar personalen om förändringar i barnets matöverkänslighet.

Har barnet astma? Ja/Nej

Ska barnet medicineras på förskolan? Ja/Nej

Mitt/vårt barn har ingen allergi eller astma.

Datum: \_\_\_\_\_ Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift: \_\_\_\_\_