



Intyg vid FÖDOÄMNESALLERGI / ÖVERKÄNSLIGHET

Elev/barn _____

Personnummer _____

Skola/förskola _____

Avdelning/klass/program _____

Intyget gäller fr.o.m. _____
år-månad-dag

Kryssa för vilka livsmedel som skall **uteslutas** ur maten.

Mjök

Laktos*

Komjölksprotein

Fisk _____

Skaldjur

Ägg

Kyckling

Jordnötter

Sojaprotein

Ärtor

Bönor/Linser

Gluten

Tomat

Rå

Tillagad

Morot

Rå

Tillagad

Andra grönsaker

eller rotfrukter såsom:

Apelsin

Citrusfrukter

Äpplen

Jordgubbar

Kiwi

Persika

Nektarin

Annat frukt/bär såsom:

Nötter

Mandel

Övriga livsmedel:

* Tål eleven/barnet mjök/fil/yoghurt i maten? Ja Nej

Övriga födoämnen eller annat som framkallar allergisk/överkänslighet: _____

Symtom/Reaktionsmönster

→

Behandling

Skall akutmedicin finnas i elevens/barnets närhet?

Ja

Nej

Placering: _____

