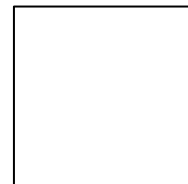


## UTLÅTANDE vid födoämnesallergi, födoämnesöverkänslighet och födoämnesintolerans

Plats för foto



### Gäller för

Namn:

Personnummer:

Skola/Förskola:

Klass/Avd:

Allergi:

Överkänslighet:

Intolerans:

Allergi/ överkänslighet (kompletteras med läkarintyg) / etisk eller vegetarisk specialkost: Specificera.

Symtom (gäller endast allergi/överkänslighet)



Dessa mediciner ska finnas i barnets närhet:

Övrig information:

**Utlåtande ifyllt i samråd med vårdnadshavare/elev av behandlande/ ansvarig läkare eller dietist.**

Underskrift vårdnadshavare: \_\_\_\_\_

Datum:

Giltigt t.o.m:

**Vårdnadshavare/elev förbinder sig att vid varje anmälan om frånvaro att meddela skolan om eleven har specialkost:**

Datum:

Anhörig:

Telefon hem

: Telefon dagtid:

Mobiltelefon:

E-post:

***Utlåtande lämnas till skolan för vidare distribution till berörda!***

Datum:

**Detta utlåtande distribueras till: Skolan**

**Samt i förekommande fall till:**

**Kryssa framför**

Klassansvarig:

Ansvarig i kök:

Ansvarig i produktionskök:

Hemkunskapslärare:

Fritidshem:

