



Barn/elev med allergi/behov av specialkost

Om ert barn har behov av specialkost är det viktigt att ni fyller i denna blankett och lämnar den till personal på skolan/förskolan.

Barn/elev, för- och efternamn	Barnets/elevens personnummer
Avdelning/klass	

Barnet/eleven tål inte (sätt kryss i aktuell ruta/rutor)

- Nötter, jordnötter och/eller mandel
- Mjölprotein
- Ägg
- Fisk/skaldjur
- Soja
- Gluten
- Laktos
- Annan födoämnesöverkänslighet: _____
- Annan kost (t.ex. vegetarisk eller diabetes) _____
- Annan allergi (t.ex. getingstick) _____

Har barnet/eleven utretts av läkare för sin födoämnesöverkänslighet/allergi?

- Ja Nej

Finns läkarintyg?

- Ja Nej

Finns risk för akuta situationer? (Om ja, se handlingsplan från behandlande läkare)

- Ja, ange mot vad: _____
- Nej

Har barnet/eleven akutmedicin om det får i sig fel mat/får en allergisk reaktion?

- Ja Nej

Om ja: Det är behandlande läkare som är ansvarig för behandling och anvisning om hur och när läkemedlet skall ges.

Vårdnadshavare **medger** att personal medicinerar barnet/eleven

- Ja Nej

Vårdnadshavare skall överlämna skriftliga instruktioner från läkare till personal i förskola/skola.

Nedanstående information ifylls av vårdnadshavare om instruktioner finns:

Medicinens namn: _____

Symtom på allvarlig allergisk reaktion kan vara:

- _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____

Instruktioner för medicinering

Övrigt som personal skall göra/iakttaga i samband med allergisk reaktion eller medicinering

Vårdnadshavarens ansvar

Det är vårdnadshavarens ansvar att tillse följande:

- Personal är informerad om läkemedlet
- rätt tidpunkt
- varför det ska tas
- läkemedlet inte passerat utgångsdatum
- hur det ska tas (administrationssätt)
- rätt mängd läkemedel finns i skola/förskola
- rätt dos

Det är **mycket viktigt** att vårdnadshavare informerar personal i skola/förskola vid förändringar i barnets/elevens födoämnesöverkänslighet.

Underskrift (vid gemensam vårdnad skriver båda vårdnadshavarna under)

Jag intygar att jag tagit del av ovanstående information.

Datum	Underskrift vårdnadshavare 1	Namnförtydligande	Telefon
-------	------------------------------	-------------------	---------

Jag intygar att jag tagit del av ovanstående information.

Datum	Underskrift vårdnadshavare 2	Namnförtydligande	Telefon
-------	------------------------------	-------------------	---------