Blankett för allergi / specialkost

*Ifylles av vårdnadshavare och lämnas till någon av ledarna.*

Barnets namn:…………………………………………………………………………………………………………………………

**Specialkost på grund av födoämnesallergi/intolerans/medicinska skäl**

Ange vad barnet inte kan äta: ……………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Annan allergi:** ………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Finns risk för svåra akuta reaktioner? Ja Nej

Beskriv mot vad och hur: ………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Har barnet akutmediciner om behov uppstår? Ja Nej

**Vårdnadshavare ansvarar för att informera ledarna samt att lämna in ny blankett vid förändringar.**

**Denna blankett gäller till dess att ny blankett inkommer.**

Vårdnadshavares namn: ………………………………………………………………………………………………………..

Vårdnadshavares telefonnummer: …………………………………………………………………………………………

Datum: ……………….……………………….. Underskrift: ………………………………………………………………….