

Fyll i blanketten och skicka till: Service- och Teknikförvaltningen, Katrineholms kommun, 641 80 Katrineholm

Barnet/elevens namn:	Skola/förskola och klass
Vårdnadshavare:	Telefonnummer:
<p>Barnet/eleven är allergisk mot följande:</p> <p><input type="checkbox"/> Fisk <input type="checkbox"/> Mjölprotein</p> <p><input type="checkbox"/> Ägg <input type="checkbox"/> Sojaprotein</p> <p><input type="checkbox"/> Ärt-/baljväxter <input type="checkbox"/> Nötter/mandel</p> <p><input type="checkbox"/> Barnet/eleven har celiaki</p> <p>Barnet/eleven är överkänslig mot följande:</p> <p>Fyll i det barnet/eleven är överkänslig mot</p> <p>Äpple <input type="checkbox"/> Färskt <input type="checkbox"/> Tillagat <input type="checkbox"/> Kryddor</p> <p>Citrus <input type="checkbox"/> Färskt <input type="checkbox"/> Tillagat <input type="checkbox"/> Kryddor</p> <p>Morot <input type="checkbox"/> Färskt <input type="checkbox"/> Tillagat <input type="checkbox"/> Kryddor</p> <p>Tomat <input type="checkbox"/> Färskt <input type="checkbox"/> Tillagat <input type="checkbox"/> Kryddor</p> <p>Paprika <input type="checkbox"/> Färskt <input type="checkbox"/> Tillagat <input type="checkbox"/> Kryddor</p> <p>Lök <input type="checkbox"/> Färskt <input type="checkbox"/> Tillagat <input type="checkbox"/> Kryddor</p> <p>Laktos</p> <p>Laktosintolerans är extremt ovanligt bland barn före skolåldern och svårigheter att bryta ner laktos kan istället bero på en oupptäckt celiaki (glutenintolerans). För allergier, celiaki och laktosfri mat bör barnet/eleven ha utretts av sjukvården.</p> <p><input type="checkbox"/> Tål små mängder laktos i maten (2 g/ port) men behöver laktosfri dryck (laktosreducerad mat)</p> <p><input type="checkbox"/> Tål inte små mängder laktos utan behöver helt laktosfri mat (laktosfri mat)</p>	<p><input type="checkbox"/> Barnet/eleven är diabetiker</p> <p><input type="checkbox"/> Andra medicinska skäl</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sjukvårdskontakt</p> <p>Namn på vårdande mottagning, t ex vårdcentral, barnmottagning eller läkare</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Andra skäl</p> <p><input type="checkbox"/> Laktovegetarisk kost (ej kött/fisk/kyckling/ägg men mjölk)</p> <p><input type="checkbox"/> Lakto-ovo-vegetarisk kost (ej kött/fisk/kyckling men mjölk och ägg)</p> <p><input type="checkbox"/> Lakto- ovo-vegetarisk kost med fisk och kyckling (ej kött men mjölk och ägg)</p> <p><input type="checkbox"/> Fläskfri kost</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, ange vad:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Hör alltid av dig till Service- och Teknikförvaltningen inför varje skolår eller om behoven ändras.

Datum:	Målsman/vårdnadshavare:
--------	-------------------------