Intyg födoämnesreaktioner

Datum……

Kostenheten
Box 150, 840 70 Hammarstrand
Tel: 0696-68 20 00

Barnets namn	Förskola/Skola	Avdelning/klass
Personnummer	Tel bostad	Tel bostad
Vårdnadshavarens namn	Tel.arb.	Mobiltelefon
Vårdnadshavarens namn	Tel.arb.	Mobiltelefon

Om mitt barn äter något/några/flera av livsmedlen nedan reagerar hon/han med följande besvär. Ange även hur snabbt reaktionen brukar komma

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska uteslutas ur maten

Frukt mm	**Tomat**	**Övrigt**	**.Mjölk**
❑ Nötter	❑ Rå	❑ Fisk	❑ Laktos*
❑ Mandel	❑ Tillagad	❑ Skaldjur	❑ Komjölksprotein
❑ Apelsin		❑ Ägg	
❑ Citrusfrukter	**Andra grönsaker,** ange själv	❑ Kyckling	* Hur mycket mjölk/ fil/yoghurt per dag kan ditt barn äta?
❑ Äpplen	❑ ……	❑ Jordnötter	
❑ Jordgubbar	❑ ……	❑ Sojaprotein	…….dl
❑ Kiwi	❑ ……	❑ Ärtor	
❑ Persika		❑ Böner/linser	**Av religiösa eller etiska skäl äter mitt barn INTE följande:**
❑ Nektarin		❑ Gluten	❑ ……
Annan frukt		**Övrigt,** ange själv	❑ ……
ange själv:		❑ ……	❑ ……
❑ ……		❑ ……	❑ ……
❑ ……		❑ ……	❑ ……

Till dig som har kryssat för något/några alternativ i första kolumnen

Vilken är barnets favoriträtter?
Övriga upplysningar
Målsmans underskrift

Intyget lämnas årligen in till personalen på respektive förskola/skola SENAST 1/9 varje år.

Till personalen: behåll ett ex och skicka ett ex till köket