

## REGISTRERINGSBLANKETT FÖR MATALLERGI, MATÖVERKÄNSLIGHET OCH SPECIALKOST

### Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååmmdd-xxx)
Postadress	Postnummer och ort	Telefon dagtid alt. mobilnummer
Skolans namn	Klass	Klassföreståndare

### Uppgifter om matallergi, matöverkänslighet och specialkost

<b>Gluten</b> <input type="checkbox"/> Ja	<b>Laktosintolerant</b> <input type="checkbox"/> Ja	<b>Mjölkeproteinallergi</b> <input type="checkbox"/> Ja
<b>Nötter/mandel, fröer m.m.</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilka?	
<b>Jordnöt</b> <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Soja</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken omfattning? Tolereras baljväxter, E-410-417?	
<b>Frukt</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilka?	
<b>Grönsaker</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilka?	
<b>Ägg</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken omfattning? Tolereras doft/damm av äggkartong?	
<b>Fisk</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken omfattning? Tolereras lukt eller fisk i lokalerna?	
<b>Skaldjur</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken omfattning?	
<b>Annan livsmedelsallergi</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, specificera noga.	
<b>Behov av annan specialkost</b> <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken?	

### Information om matallergin

Symtom som uppträder vid förtäring av allergenet		
Medicinerar barnet med adrenalinpenna eller liknande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja ange vilken sort, dosering, var den förvaras och hur den ska ges på bästa sätt.	
Tillhör sjukhus/vårdcentral	Behandlande läkare	Telefon (inklusive riktnummer)

### Övriga upplysningar (använd baksidan om det behövs mer utrymme)

### Vårdnadshavares underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------