



NORDANSTIGS
KOMMUN

Intyg födoämnesreaktioner - läsår: /

Original förvaras i pärm i personalrum. Kopia till köket.

Elevens namn	
Skola eller förskola	Klass eller avdelning
Förälders eller vårdnadshavares namn	
Adress	
Telefon hem	Telefon arbete
Mobilnummer	Eventuell e-postadress

Kryssa för vilket eller vilka födoämnen som ska uteslutas ur maten

<input type="checkbox"/> Önskar laktosfri mjölk att dricka, men kan äta mat med vanlig mjölk i.		
<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Citrus
<input type="checkbox"/> Mjölprotein	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Tomat
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Kyckling	<input type="checkbox"/> Nötter
<input type="checkbox"/> Alla veteprodukter	<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Mandel
<input type="checkbox"/> Baljväxter	<input type="checkbox"/> Stenfrukter	<input type="checkbox"/> Jordnötter
<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Kärnfrukter	<input type="checkbox"/> Muskot
<input type="checkbox"/> Annat:		

Vilken reaktion följer på intag av markerade livsmedel?

--

Om du inte äter kött, precisera vad du äter och inte äter:

<input type="checkbox"/> Äter kött utom fläskkött.	<input type="checkbox"/> Är laktovegetarian, äter mjölkprodukter.
<input type="checkbox"/> Äter inte kött, men äter	<input type="checkbox"/> ägg <input type="checkbox"/> fisk

Övriga upplysningar:

--

Datum	Målsmans underskrift
-------	----------------------