

Datum:

Elevens namn:	Förskola:																																																				
Skola:	Klass:																																																				
Förälders namn:	Telefon bostad:																																																				
Gatuadress:	Telefon arbetet:																																																				
Postnummer och ort:	Mobiltelefon:																																																				
<p>Om jag äter något/några/flera av livsmedlen nedan reagerar jag med följande besvär. Ange även hur snabbt reaktionen kommer.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																					
<p>Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall uteslutas ur maten.</p> <table border="0"> <tr> <td>Mjölk</td> <td>Tomat</td> <td></td> <td>Övrigt (ange själv):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laktos*</td> <td><input type="checkbox"/> Rå</td> <td><input type="checkbox"/> Nötter</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Komjölksprotein</td> <td><input type="checkbox"/> Tillagad</td> <td><input type="checkbox"/> Mandel</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fisk</td> <td>Morot</td> <td><input type="checkbox"/> Apelsin</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skaldjur</td> <td><input type="checkbox"/> Rå</td> <td><input type="checkbox"/> Citrusfrukter</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ägg</td> <td><input type="checkbox"/> Tillagad</td> <td><input type="checkbox"/> Äpplen</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kyckling</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Jordgubbar</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jordnötter</td> <td>Andra grönsaker eller</td> <td><input type="checkbox"/> Kiwi</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sojaprotein</td> <td>rotfrukter såsom</td> <td><input type="checkbox"/> Persika</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ärtor</td> <td>(ange själv):</td> <td><input type="checkbox"/> Nektarin</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bönor/linser</td> <td>_____</td> <td>Annan frukt/bär</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gluten</td> <td>_____</td> <td>såsom:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table> <p>* Hur mycket mjölk/fil/yoghurt tål Du per dag? _____ dl</p>		Mjölk	Tomat		Övrigt (ange själv):	<input type="checkbox"/> Laktos*	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Nötter	_____	<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Mandel	_____	<input type="checkbox"/> Fisk	Morot	<input type="checkbox"/> Apelsin	_____	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	_____	<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Äpplen	_____	<input type="checkbox"/> Kyckling		<input type="checkbox"/> Jordgubbar	_____	<input type="checkbox"/> Jordnötter	Andra grönsaker eller	<input type="checkbox"/> Kiwi	_____	<input type="checkbox"/> Sojaprotein	rotfrukter såsom	<input type="checkbox"/> Persika	_____	<input type="checkbox"/> Ärtor	(ange själv):	<input type="checkbox"/> Nektarin	_____	<input type="checkbox"/> Bönor/linser	_____	Annan frukt/bär		<input type="checkbox"/> Gluten	_____	såsom:			_____	_____	
Mjölk	Tomat		Övrigt (ange själv):																																																		
<input type="checkbox"/> Laktos*	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Nötter	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Mandel	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Fisk	Morot	<input type="checkbox"/> Apelsin	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Äpplen	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Kyckling		<input type="checkbox"/> Jordgubbar	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Jordnötter	Andra grönsaker eller	<input type="checkbox"/> Kiwi	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Sojaprotein	rotfrukter såsom	<input type="checkbox"/> Persika	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Ärtor	(ange själv):	<input type="checkbox"/> Nektarin	_____																																																		
<input type="checkbox"/> Bönor/linser	_____	Annan frukt/bär																																																			
<input type="checkbox"/> Gluten	_____	såsom:																																																			
	_____	_____																																																			
<p>Till Dig som har kryssat för något/några alternativ i första kolumnen. Vilka är Dina favoriträtter?</p> <p>_____</p>																																																					
<p>Övriga upplysningar:</p> <p>_____</p>																																																					
<p>Målmans underskrift</p> <p>_____</p>																																																					

OBS! Viktigt att ringa köket vid ditt barns sjukdom eller annan frånvaro.