



ÄNGELHOLMS
KOMMUN

Kostenheten, Tekniska kontoret

Läsår:

Datum:

INTYG FÖDOÄMNESREAKTIONER

Elevens namn:		Förskola:	
Födelsedatum:		Skola:	
Förälders namn:		Klass:	
Adress	<u>Telefon</u>		
	Bostad _____		
	Arbete _____		
	Mobiltn _____		

Om jag äter något/några/ fler av livsmedlen nedan reagerar jag med följande besvär.
Ange även hur snabbt reaktionen kommer.

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som skall uteslutas ur maten			
<u>Mjök</u>	<u>Tomat</u>	<u>Morot</u>	<u>Övrigt: (Ange själv)</u>
<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> rå	<input type="checkbox"/> rå	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tillagad	<input type="checkbox"/> tillagad	_____
<u>Övrigt</u>			
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Nötter	<input type="checkbox"/> Apelsin	Andra grönsaker eller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mandel	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	rotfrukter såsom:
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Äpplen	<input type="checkbox"/> Ärtor	_____
<input type="checkbox"/> Kyckling	<input type="checkbox"/> Kiwi	<input type="checkbox"/> Fisk	_____
<input type="checkbox"/> Jordnötter	<input type="checkbox"/> Jordgubbar	<input type="checkbox"/> Skaldjur	_____
<input type="checkbox"/> Bönor	<input type="checkbox"/> Sojaprotein		Annat frukt/bär såsom:
<input type="checkbox"/> Linser		<u>Laktovegetar</u>	_____

Övriga upplysningar:

Målsmans underskrift _____

Var vänlig och kontakta köket om ert barn är sjukt/frånvarande.

P:\Slask\doc\intygfödoämnesreaktioner_3.doc

Postadress Ängelholms kommun 262 80 Ängelholm Besöksadress Östra vägen 2 Telefon dir 0431- 872 29, vx 0431-870 00
Telefax 0431-875 90 E-post tk@kommun.angelholm.se Internet http://www.angelholm.se