

Matallergier

Datum: _____

Barnets namn _____

Vårdnadshavare _____

Tfn. _____

Läkarintyg kan uppvisas ja nej

Ringa in det ditt barn inte tål. Förtydliga gärna med text om du anser att det behövs.

Apelsin
Aprikos
Avokado
Banan
Blåbär
Citrus
Bönor
Fisk
Fisklukt
Frön
Färgämnen
Gluten
Grape
Hallon
Havre
Hårdost
Jordgubbar
Jordnötter
Kakao
Kiwi
Korn
Kokos
Konserveringsmedel
Krusbär
Kryddor
Kyckling
Kål
Kött
Körsbär
Laktos
Lingon
Lök
Mandel
Matolja

Melon
Mjölprotein
Nypon
Nötter
Paprika
Persika
Plommon
Päron
Rabarber
Råg
Sojaprotein
Tomat
Vete
Vinbär
Vindruvor
Ägg
Äpple
Ärtor
Övrig frukt: _____

Övriga grönsaker: _____

Tål ej

därutöver: _____

Beskriv ditt barns reaktioner på angivna

födoämnen: _____

