



KOST- OCH ALLERGIDEKLARATION

Barnets namn:

Personnr:

Kända allergisymptom vid förtäring av:

.....

.....

Åtgärder vid kraftig allergireaktion:

.....

.....

Förkommande mediciner och dosering (enligt giltigt läkarintyg):

.....

.....

Giltigt läkarintyg bifogas.

Ort och datum

.....

.....
Vårdnadshavare

.....
Vårdnadshavare

.....
Namnförtydligande

.....
Namnförtydligande