

FRÅGEFORMULÄR VID ASTMA/ALLERGI

Datum:

Barnets namn: Födelsedata:

Adress:

Målsman:

Telefon hem: Telefon arbete:

Har barnet någon form av astma/allergibesvär? Ja Nej

Om ja, hur yttrar sig besvären?

.....
.....

Är barnet allergiskt mot något?

.....

Behöver barnet specialkost? Ja Nej

Om ja, fyll i separat matlista tillsammans med köksansvarig!

Vilken/vilka mediciner tar barnet för sina besvär?

.....

Behöver barnet medicin under vistelsen på förskolan?

.....

Har barnet speciell medicin som ska ges om en akut allergisk reaktion uppstår?

.....

Övrig information:

.....
.....
.....