



## Allergier

*Foto på barnet och  
barnets namn*

Datum: \_\_\_\_\_

Allergi mot:

\_\_\_\_\_  
Vad händer om barnet får i sig det:

\_\_\_\_\_  
Vad ska vi göra:

\_\_\_\_\_  
Om medicin ska ges, hur ska det ges och hur ofta.

\_\_\_\_\_  
Var finns medicin:

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
Annan anhörigs telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
Vid akut situation ring 112

Bifoga ett läkarintyg

\_\_\_\_\_  
Signatur vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Signatur pedagog