

Om ert barn skulle bli sjukt eller råka ut för en olyckshändelse under omsorgstiden är det viktigt att vi kan nå er! Lämnas till förskolan.

Barnets namn	Personnummer	<u>SOLSTRÅLEN</u>
Adress	Hemtelefon	
Postadress		
Alternativ adress (vid delat boende)	Hemtelefon	
Postadress	<input type="checkbox"/> Vid delat boende önskar vi alt. adress istället för folkbokföringsadress på kontaktlistan.	
	<input type="checkbox"/> Vi önskar finnas med i skolans adresslista som delas ut till samtliga familjer	

Vårdnadshavare/familjehemsförälder	Vårdnadshavare/familjehemsförälder
Arbetsplats	Arbetsplats
Telefon / mobil	Telefon / mobil
Mailadress	Mailadress

Annan anhörig	Relation
Telefon	Mobil

### Lämna/hämta (meddela avvikelser till personalen)

Vem lämnar barnet på förskolan? \_\_\_\_\_

Vem hämtar barnet på förskolan? \_\_\_\_\_

Mitt barn är i behov av specialkost (markera och ange nedan)

Mitt barn är *inte* i behov av specialkost

**Mitt barn kan inte äta** (sätt kryss och ange vilken form t.ex. rå lök, lökpulver ...)

Laktos \_\_\_\_\_

Mjölprotein \_\_\_\_\_

Gluten \_\_\_\_\_

Sädesslag (vilka) \_\_\_\_\_

Soja/baljväxter \_\_\_\_\_

Nötter/mandel \_\_\_\_\_

Tomat \_\_\_\_\_

Lök \_\_\_\_\_

Fisk \_\_\_\_\_

Skaldjur \_\_\_\_\_

Ägg \_\_\_\_\_

Vegetarian \_\_\_\_\_

Vegan \_\_\_\_\_

Fläskkött \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Övrig födoämnesöverkänslighet \_\_\_\_\_

Övrig allergi/överkänslighet \_\_\_\_\_

T.ex. djur/pollen/mediciner m.m.

Har barnet utretts av läkare?  Nej  Ja *Om ja, bifoga läkarintyg!*

Finns det risk för svåra akuta reaktioner p.g.a. sjukdom eller annat?  Nej  Ja \_\_\_\_\_  
Ange hur och mot vad

Är barnet i behov av medicinering under omsorgstiden?  Nej  Ja \_\_\_\_\_  
Ange vad och hur

**Det är mycket viktigt att vårdnadshavare informerar förskolan vid förändring i barnet behov.**

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum