



ÁLFHÓLSSKÓLI



Eyðublað vegna ofnæmis eða fæðuóþols

Nafn barns	Kennitala
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem ALLTAF er hægt að ná í:
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem ALLTAF er hægt að ná í:

Tegund ofnæmis/óþols:

<input type="checkbox"/> Jarðhnetuofnæmi	<input type="checkbox"/> Trjáhnetuofnæmi
<input type="checkbox"/> Fiskofnæmi	<input type="checkbox"/> Skelfiskofnæmi
<input type="checkbox"/> Eggjaofnæmi	<input type="checkbox"/> Hveitiofnæmi
<input type="checkbox"/> Hveiti/glútenóþol	<input type="checkbox"/> Mjólkuróþol
<input type="checkbox"/> Kíwíofnæmi	<input type="checkbox"/> Sítrusofnæmi
<input type="checkbox"/> Annað _____	

Bráðaofnæmi <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Ofnæmissprauta á skrifstofu <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Fylgir barni í tösku <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
---	---	--

Tímabil (tímabundið ástand) Dagsetning ____/____/20____	Læknisvottorð <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei Læknir: _____
--	---

Stutt lýsing á ofnæmi/óþoli:

Staður og dagsetning _____ Staðfesting foreldris/forráðamanns _____

Matseðli verður ekki breytt nema læknisvottorð liggi fyrir.

Athugið: Endurnýja þarf árlega ofangreindar upplýsingar.