



ALLERGI / HÄLSA – Handlingsplan

Barnets namn: _____

Personnummer (10 siffor): _____

Förskolans namn: _____

ALLERGI/ÖVERKÄNSLIGHET/HÄLSA (Diagnos):

Ska undvika / avstå ifrån helt:

Yttrar sig / Symptom:

Vilka åtgärder ska personalen vidta vid reaktion/besvär:

Mediciner som behöver finnas i förskolan:

Telefonnummer till föräldrar: Se blanketten "Allmänna upplysningar om elev/barn till krispärm".

Vårdnadshavares underskrift: _____ Datum: _____