



Eyðublað v/ofnæmis eða fæðuóþols

Hafi nemendur ofnæmi eða óþol er mjög mikilvægt að koma því á framfæri með vottorði á skrifstofu skólans.

| ALMENNAR UPPLÝSINGAR | |
|-----------------------------|---|
| Nafn barns | Kennitala |
| Nafn foreldris/forráðamanns | Símanúmer sem alltaf er hægt að ná í |
| Bekkur | Kennari |

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"/> Mjólkuofnæmi | |
| <input type="checkbox"/> Kívíofnæmi | <input type="checkbox"/> Sýtrusofnæmi | |
| <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 | |
| Stutt lýsing á ofnæmi/óþoli | | |
| | | |
| | | |
| _____ Staður og dagsetning | | _____ Staðfesting foreldris/forráðamanns |
| Athugið: Endurnýja þarf árlega ofangreindar upplýsingar. | | |