



Ankieta dotycząca alergii lub nietolerancji żywności

Informacje ogólne

Imię dziecka:		Nr personalny:	
Nazwisko rodzica/opiekuna:		Nr telefonu pod, którym <u>zawsze</u> można uzyskać kontakt:	
Nazwisko rodzica/opiekuna:		Nr telefonu pod, którym <u>zawsze</u> można uzyskać kontakt:	
Dział:		Wychowawca w przedszkolu:	

Rodzaj alergii/nietolerancji

<input type="checkbox"/> Alergia na orzeszki ziemne <input type="checkbox"/> Alergia na ryby <input type="checkbox"/> Alergia na jaja <input type="checkbox"/> Nietolerancja mąki/glutenu <input type="checkbox"/> Alergia na kiwi <input type="checkbox"/> Inne: _____		<input type="checkbox"/> Alergia na inne orzechy <input type="checkbox"/> Alergia na skorupiaki <input type="checkbox"/> Alergia na mąkę <input type="checkbox"/> Nietolerancja mleka <input type="checkbox"/> Alergia na owoce cytrusowe	
Reakcja anafilaktyczna (natychmiastowa)? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zastrzyk odczulający w sekretariacie (u sekretarki)? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Towarzyszy uczniowi (w tornistrze)? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Okres (sytuacja tymczasowa) Data: _____ / _____ 20__ __		Zaświadczenie lekarskie: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Krótki opis alergii/nietolerancji: 			
_____ Miejscowość i data		_____ Potwierdzenie rodzica/opiekuna	
Zwracamy uwagę na konieczność corocznego uaktualniania powyższych informacji			



EYÐUBLAÐ VEGNA OFNÆMIS EÐA FÆÐUÓÞOLS

Almennar upplýsingar

Nafn barns:	Kennitala:
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem <u>alltaf</u> er hægt að ná í:
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem <u>alltaf</u> er hægt að ná í:
Bekkur/deild:	Leikskólakennari:

Tegund ofnæmis/þols:

<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/glútenþol	<input type="checkbox"/> Mjólkurþol	
<input type="checkbox"/> Kívíofnæmi	<input type="checkbox"/> Sýtrusofnæmi	
<input type="checkbox"/> Annað: _____		
Bráðaofnæmi? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ofnæmissprauta á skrifstofu? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Fylgir barni í tösku? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Tímabil (tímabundið ástand) Dagsetning: _____ / _____ 20 __ __	Læknisvottorð Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Stutt lýsing á ofnæmi/þoli:		

Staður og dagsetning

Staðfesting foreldris/forráðamanns

Athugið: Endurnýja þarf árlega ofangreindar upplýsingar.