

JAG har ALLERGI

Namn:

Födelsedata:

Tfn **Hem:**

Tfn **Mammas Arb:**

Tfn **Pappas Arb:**

Tfn **Annan Person:**

Jag får **astma/allergi** av:

Då **brukar** jag **reagera** så här:

Mina **mediciner** är:

Inför **lek** och **ansträngning** kan ni ge mig:

Får jag en **reaktion** ge mig:

Andra **saker** jag **bör undvika:**

Jag som förälder ger personalen rätt att ge mitt barn läkemedel enligt ovan ordination.

Datum och namn:

Tfn Hem:

Tfn Vårdcentral/Barnmottagning:

www.growingpeople.se

Kunskapskällan om barn som växer.

