

## Astma/ allergiblankett

Jag/ vi delegerar till berörd personal att ge behandling enligt nedan.

### Barnets/elevens uppgifter

Barnets/elevens namn	Barnets/elevens personnummer
Förskola/skola	Avdelning/klass

### Orsak

Mitt/ vårt barn får astma av:

---



---

### Behandling

Mitt/ vårt barn behöver följande behandling:

---



---

Innan ansträngning behöver mitt/vårt barn följande behandling:

---



---

Vid astmabesvär ger ni mitt/ vårt barn :

---

### Vårdnadshavarna

Datum	Datum
Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Klassföreståndares underskrift	Rektor underskrift
--------------------------------	--------------------

Vid gemensam vårdnad ska blanketten undertecknas av båda vårdnadshavarna.  
Blanketten lämnas till förskolan/skolan.