Misterhults Skola & Förskola

Allergi, specialkost & läkemedelshantering

Riktlinjer

Allergi

Vårdnadshavare är ansvariga för att informera förskolan om barnets eventuella allergier. Skolans/förskolans personal ansvarar för att informationen förs vidare till rektor.

Specialkost

Barn med allergi, celiaki (glutenintolerans) eller annan överkänslighet har rätt till mat som de kan äta utan att riskera att bli sjuka. Laglig rätt till specialkost har man också om önskemålet har samband med exempelvis religion, annan trosuppfattning eller funktionsnedsättning. Vårdnadshavare kan fylla i särskild blankett där anledning till specialkost anges. Om önskemålet om specialkost inte har en skälig grund enligt ovanstående kan önskemål om specialkost komma att nekas.

Läkemedel

Medicinering på skolans/förskolan ska i möjligast mån undvikas. Om ett barn behöver ges medicin under vistelsen i förskolan ska en skriftlig överenskommelse göras mellan vårdnadshavare, personal och rektor.

Vårdnadshavare ansvarar för:

- Att läkemedlet om möjligt är doserat i dosett
- Att personalen är informerad om läkemedlet, varför, hur och när det ska tas

Personalen ska förvissa sig om:

- Att det är rätt läkemedel
- Rätt dos
- Rätt tidpunkt

Personalen ansvarar för:

- Att alla som arbetar för dagen är väl informerade om rutinerna för läkemedelshanteringen
- Att läkemedlet förvaras på en plats som inte är tillgänglig för barn
- Att barnet får sin medicin enligt den angivna instruktionen av vårdnadshavaren
- Schema med tidpunkt när medicinen ska tas
- Rutiner vid utflykt och övriga särskilda aktiviteter

Viktigt att personalen beaktar om barnet inte verkar må bra och då tar ställning till eventuella åtgärder.

Vårdnadshavare ansvarar för att hålla skolan/förskolan informerad om eventuella förändringar gällande barnets allergier, specialkost och läkemedel.

Nisterhults Skola

Blankett för läkemedelshantering

För vårt barn önskar vi hjälp med läkemedelsbehandling.

Barnets namn:_____

Personnummer:_____

Tidsperiod/Tillsvidare:_____

Skola/Förskola:_____

Behandlande läkare:_____

Ange aktuellt läkemedel samt doseringsanvisning.
(Vilket läkemedel det gäller, hur och när under dagen det ska ges)

Läkemedel:_____

Dosering:_____

Tidpunkt för medicinering:_____

Övrig info:_____

Vårdnadshavares (1) namnteckning:_____

Telefonnummer: _____

Vårdnadshavares (2) namnteckning:_____

Telefonnummer: _____

Datum & Ort:_____

Jag har tagit del av informationen

Personal som mottagit informationen:

_____Datum:_____

Rektors underskrift:_____ Datum:_____