

Einrichtung: _____ **Gruppe/Klasse** _____

Name und Vorname des Kindes: _____ Alter: _____

Kontakt für eventuelle Fragen: _____

Zusatzbogen: Betrifft Kinder mit Laktoseintoleranz!



Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

Folgende Informationen sind für uns sehr wichtig, um individuelle Bedürfnisse Ihres Kindes zu berücksichtigen und unsere Mitarbeiter für das Thema zu sensibilisieren.

Mein Kind **darf nicht:**

- L / Produkte (-L Milch, -L Gouda etc.)
- Gouda
- Mozzarella
- Feta
- Parmesan
- Hartkäse (Gran Panado)
- Schafmilchprodukte (z.B. Schafskäse, Pecorino)
- Ziegenmilchprodukte
- Sojaerzeugnisse /Sojamilch, Sojamehl, Tofu/
- Hafersahne
- Reismilch/Reissahne
- Kokosmilch
- Mandelsahne

zu sich nehmen.

Wie äußern sich die Beschwerden bei Konsum von Laktose haltigen Produkten:

Weitere Kreuzallergien / bzw. Unverträglichkeiten: _____

Datum/Unterschrift: _____