



Allergieformular der Mitglieder im VBBSC

Name des Kinds: _____

(Vor- und Familienname)

Anschrift des Kinds: _____

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Schule: _____

(Name der Schule, Lieferanschrift)

Klasse: _____

Ein Kind ist jeweils in **EINE** Klasse einzugruppieren. Für die Zurverfügungstellung ist ein Ärztliches Attest notwendig. Allergien außerhalb dieser Gruppierungen können nicht berücksichtigt werden.

X	Gruppe	Beschreibung
	Grundkost	Verzichtet auf die deklarierungspflichtigen Allergene lt. LMIV mit Ausnahme von Milch und Gluten haltigem Getreide und daraus gewonnenen Produkte
	Gluten freie Vollkost	Kost ohne Gluten Es werden ausschließlich Gluten freie Lebensmittel verwendet, die in der Lebensmittelauswahl der DZG aufgelistet sind
	Laktose freie Vollkost	Kost ohne Kuhmilch oder daraus hergestellte Produkte
	Gluten freie Vollkost, ohne Milch und ohne Hühnerei	Kost ohne Gluten, Kuhmilch und Hühnerei Zusätzlich zur Gluten freien Vollkost werden Kuhmilch und Hühnerei sowie daraus hergestellte Produkte nicht verwendet.
	Vollkost ohne Zucker	Kost ohne die Zuckerarten d-Glukose, Invertzucker, Disaccharide, Maltodextrine und Glukose-Sirup
	Vollkost ohne Zucker, Fruktose reduziert	Kost, in der Saccharose, Invertzucker, Fruktose und Sorbit und Lebensmittel, die diese Kohlenhydrate enthalten, weitgehende ausgeschlossen werden

Ort, Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin: _____