



## NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL

Gyermeük zavartalan iskola-egészségügyi ellátása érdekében kérem szíveskedjenek az alábbi kérdésekre Igennel, Nemmel és szövegesen válaszolni. Az adatokat bizalmasan kezeljük.

Tanuló neve: ..... Osztálya :.....

Születési hely, idő: ..... TAJ szám:.....

Édesanyja leánykori neve: .....

Lakcím: .....

Gondviselő neve, elérhetősége: .....

Van-e gyógyszerérzékenysége? Ha igen, mire?.....

Egyéb allergiája? (bőr, táplálék, szénanátha) .....

Egyéb betegsége? .....

Jár-e valamilyen gondozóba? (kardiológia, vese, stb.) .....

Szed-e rendszeresen gyógyszert? Ha igen, mit? .....

Feküdt-e kórházban? (ha igen, műtét és betegség megnevezése) .....

Volt-e eszmélet veszítéssel járó rosszulléte? Ha igen, mi okozta?.....

Visel-e szemüveget, kontaktlencsét? (ha igen 1 éven belüli leletet kérünk).....

Szintévesztő-e? ..... Halláscsökkenése van-e? .....

Családban van-e krónikus betegség, ha igen milyen? .....

Tudomásul veszem, hogy a tanuló a tanévek során védőnői és orvosi vizsgálaton vesz részt. Amennyiben a tanuló egészségi állapotában olyan változás következik be, amely feltehetően alkalmatlanná teszi a szakma elsajátítására soron kívüli alkalmassági vizsgálat kezdeményezhető.

Kelt:.....

.....

Szülő aláírása

Tanuló aláírása