

## Egészségügyi nyilatkozat

Tanuló neve: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Anyja neve: .....  
TAJ száma: .....  
Lakcíme: .....  
Előző Iskola/Óvoda/ neve: .....

Kérjük a szülőket, hogy az alábbi kérdésekre válaszoljanak:

Fennáll(t)-e valamilyen tünet, betegség gyermekénél?

Gyógyszerérzékenység:	nem	igen és pedig: .....
Allergiás betegség:	nem	igen és pedig: .....
Szívbetegség:	nem	igen
Magas vérnyomás:	nem	igen
Asthma:	nem	igen
Vesebetegség:	nem	igen
Cukorbetegség:	nem	igen
Halláscsökkenés:	nem	igen
Szemüveges-e:	nem	igen
Színtévesztő-e:	nem	igen
Volt-e balesete:	nem	igen és pedig: .....
Volt-e műtétje:	nem	igen és pedig: .....
Rendszeresen szed-e gyógyszert:	nem	igen és pedig: .....

Egyéb közlendő információ:

.....  
.....

Dátum: .....

.....  
szülő/gondviselő aláírása

1997. évi CLIV. az egészségügyről szóló törvény 81. §-a kimondja, hogy a tanköteles korú gyermekek jogszabályában meghatározott esetben való szűrése kötelező.

Tudomásul vettem, gyermekem iskolai jogviszonya alatt az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben előírt vizsgálatok elvégzését.

.....  
szülő/gondviselő aláírása

### FONTOS!

A nyilatkozat beadása mellett kérném az oltási kiskönyv fénymásolatát csatolni, ha erre nem áll mód, e-mail címemre kérném megküldeni! [tard.vedono@bazmkorhaz.hu/](mailto:tard.vedono@bazmkorhaz.hu/)

Köszönettel: Szepesi Flóra védőnő – 30/0896998