

NYILATKOZAT

diabetes, allergia vagy egyéb tartós betegség fennállásáról

Gyermeke egészsége és biztonsága, valamint az esetleges megelőző intézkedések érdekében kérem, szíveskedjen tájékoztatni a következőkről:

Tanuló neve:

Osztálya: 1.o.

Születési helye és ideje:

Anyja születéskori neve:

2. Szülő(k)/gondviselő(k) neve:

.....

1. Ételallergia/egyéb allergia (gyógyszer, rovarcsípés) megnevezése:

.....

Allergiás rohama volt-e korábban? igen / nem

EPIPEN injekcióval rendelkezik-e? igen / nem

2. Gyermekeknél 1-es vagy 2-es típusú diabetes fennáll-e? igen / nemtípusú

A következő kérdésekre a válaszadás önkéntes.

3. Egyéb tartós betegség fennáll-e? Ha igen, típusa:

4. Rendszeresen szedett gyógyszerek:

Aláírással tudomásul veszem, hogy köteles vagyok haladéktalanul (a tanév folyamán bármikor) jelenteni, ha gyermekem egészségi állapotában változás történik!

Szeged, 2026. április

.....

szülő/gondviselő

aláírása

.....

szülő/gondviselő

aláírása