**Tisztelt Szülők!**

Kérjük, hogy a gyermekükről az alábbi egészségügyi adatokat közölni szíveskedjenek:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Születési hely, idő:** |  | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Édesanyja leánykori neve:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TAJ szám:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| **Lakcím:** |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Előző iskola neve:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Előző iskola címe:** |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |

* Áll-e orvosi kezelés alatt?\* igen / nem
* Diagnózis: ……………………………………………………………………………...
* Gyógyszert szed-e?\* igen / nem
* Járt-e gyógytestnevelésre?\* igen / nem
* Allergiás túlérzékenysége van-e?\* igen / nem

Mire?................................................................

* Szemüvege van-e?\* igen / nem
* Színtévesztő-e?\* igen / nem
* Lisztérzékenysége van-e?\* igen / nem

\* a megfelelő rész aláhúzandó

**Kérjük a beiratkozáshoz a „zöld” oltási könyvet és az egészségügyi papírokat(laborlelet, zárójelentés) is hozzák magukkal!**

Együttműködésüket előre is köszönöm:

Dr. Zalaföldi Kornélia

iskolaorvos

**Nyilatkozat**

Fent nevezett, a Dr. Somogyi Imre Baptista Szakképző Iskola, Technikum, Általános Iskola, Szakiskola és Gimnázium tanulója kijelentem, hogy beleegyezem abba, hogy személyes és egészségügyi adataimat az iskolaorvos és az iskolavédőnő kezelje.

Kelt.: Budapest, 20……………

……………………………………………………

tanuló (16 év felett) vagy

tanuló törvényes képviselője