

Egészségügyi és megismerési nyilatkozat kollégiumi beköltözéshez a 2025/26-os tanévben

1. A tanuló neve:

2. A tanuló születési dátuma:

3. A tanuló lakcíme:

4. A tanuló anyjának neve:

5. A tanuló TAJ száma:

Alulírott szülő nyilatkozom arról, hogy a gyermekem nem észlelhetők az alábbi tünetek:

Láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, valamint nyilatkozom, hogy a gyermek tetű- és rühmentes.

Nyilatkozom, hogy az elmúlt 14 napban gyermekem külföldön tartózkodott: igen/nem.

Ha igen, akkor mely országban járt?

Ételérzékenység (liszt, cukor stb.):

Egyéb az egészséggel kapcsolatos tudnivaló:

Gyógyszeradásra vonatkozó nyilatkozat:

Kérem, hogy gyermekemnek rosszullet esetén, az általam megnevezett fájdalom-, lázcsillapító gyógyszert a csoportvezető vagy az ügyeletes nevelőtanár – szülői felelősségre:

ADJON/NE ADJON. (Kérjük, a kívánt választ aláhúzni szíveskedjen!)

Kérem, hogy a nem vényköteles gyógyszerek közül az alábbi lázcsillapítót kapja gyermekem (Nemleges válasz esetén nem kell kitölteni!):

.....vagy.....

Kérem, hogy a nem vényköteles gyógyszerek közül az alábbi fájdalomcsillapítót kapja gyermekem:

.....vagy.....

Nyilatkozom, hogy gyermekem az alábbi lázcsillapító, fájdalomcsillapító készítményekre vagy egyéb allergének közül a következőkre allergiás:

(Az allergiára vonatkozó nemleges válasz esetén kérjük a kipontozott részt kihúzni szíveskedjenek!)

Amennyiben gyermekem kórházi ellátásra szorul, hozzájárulok, hogy az ügyeletes nevelőtanár gyermekemet a kórházba bekísérje és a kórházi ellátás során helyettem érkezésemig eljárjon.

(Kérjük, a kívánt választ aláhúzni szíveskedjen!) IGEN NEM

A kiállító törvényes képviselő neve:

A kiállító lakcíme:

A kiállító telefonos elérhetősége:

A házirendet megismertem és elfogadom.

Kelt:

.....

Szülő aláírása

.....

Tanuló aláírása