

Iktatószám:

**SZÜLŐI NYILATKOZAT**  
a kollégista tanuló egészségügyi állapotáról

Tanuló neve:

TAJ száma:

1. Áll-e gyermeke kezelés, gondozás alatt valamilyen idült (hosszantartó) betegség miatt:

IGEN

NEM

Ha IGEN, milyen betegség:

.....

Milyen rendszerességgel, és hová jár gondozásra?

.....

Orvos által javasolt gyógyszer:

.....

2. Allergiás-e valamilyen gyógyszerre, ételre vagy más anyagra?

IGEN

NEM

Ha IGEN, mire allergiás?

.....

Milyen tünetekkel szokott járni?

.....

Orvos által javasolt gyógyszer:

.....

3. Van-e a tanulónak olyan további egészségügyi, mentális problémája, szokása, ami részünkről külön odafigyelést igényel?

.....

.....

4. Alulírott, mint szülő, törvényes képviselő, kötelezem magam arra, hogy gyermekem járványügyi érdekből sárgaság, hasmenés, hányás, láz, torokgyulladás, bőrkiütés, egyéb bőrelváltozás (legkisebb bőrgennyesedés, sérülés, stb.), váladékozó szembetegség, fül- és orrfolyás esetén közösségbe (kollégiumba) nem engedem.

Aláírással igazolom és tanúsítom, hogy a nyilatkozatban foglaltak megfelelnek a valóságnak.

Dátum: .....

.....

Szülő