

Tanuló neve:szoba:.....

Születési ideje: helye:

TAJ száma:

Tisztelt Szülő (Gondviselő)!

Kérjük Önt, hogy gyermeke egészségi állapotára vonatkozó kérdéseinkre szíveskedjen válaszolni. Erre azért van szükségünk, hogy az esetleges problémák pl: sérülések, akut betegségek stb. esetén időben megtörténjen a gyermek szakszerű ellátása. **Segítségét köszönjük!**

Anyja neve:

Eltartó / gondviselő neve:

Lakcím:

1. Tudomása szerint gyermeke érzékeny-e (allergiás-e, Jód ,egyéb?) NEM IGEN, mire?:
.....

2. Rendszeres gyógyszerei:.....

3. Egyéb információ, mely gyermeke érdekében a kollégiumra tartozik (pl:epylepsia, asthma):
.....

A gyermek esetleges kórházba kerülése esetén értesítendő:

Név: Telefonszám:

Beleegyezem,

Nem egyezem bele,

hogy gyermekem betegsége esetén a kollégiumban gyógyszert kapjon.

Kérem szíveskedjen nyilatkozni, hogy mely gyógyszert adhatunk, ill. nem adhatunk gyermekének: Kérjük aláhúzni!

Algopyrin (Láz és fájdalom csill)	kaphat	nem kaphat
Rubophen (lázcsillapító)	kaphat	nem kaphat
No-spa (görcsoldó)	kaphat	nem kaphat
Zilola (allergia)	kaphat	nem kaphat
Septofort (torokfájásra)	kaphat	nem kaphat
Quamatel (savcsökkentő)	kaphat	nem kaphat
Daedalon (hányingerre)	kaphat	nem kaphat
Béres B6 vitamin (hányingerre)	kaphat	nem kaphat

Dunaújváros, 20

.....
szülő / gondviselő aláírása

Szülői nyilatkozat a tanuló egészségügyi állapotáról

1. A tanuló neve:

2. A tanuló születési dátuma

3. A tanuló lakcíme

4. A tanuló anyjának neve

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz

Torokfájás

Hányás

Hasmenés

Bőrkiütés

Sárgaság

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

Váladákozó szembetegség,

Gennyes fül- és orrfolyás

A gyermek tetű- és rühmentes!

Dátum:

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

aláírása