

NYILATKOZAT TARTÓS BETEG ÉS/VAGY ALLERGIÁS TANULÓRÓL

Alulírott szülő/gondviselő tájékoztatom az Újpesti Szűcs Sándor Általános Iskolát, hogy gyermekem *tartós betegségben és/vagy allergiában és/vagy gyógyszerérzékenységben⁽¹⁾* szenved. Jelen nyilatkozathoz csatolom a szakorvosi véleményt/igazolást, vagy a háziorvos igazolását, amit a szakorvosi vélemény alapján állít ki.

(1) megfelelő rész aláhúzendó

Tudomásul veszem, hogy gyermekem ezen adatainak kezelését az intézmény gyermekem érdekében a tanulói jogviszonyának fennállásáig bizalmasan kezeli az adatvédelmi szabályok értelmében.

Gyermek neve:	osztálya:
Születési helye:	Születési ideje:
Szülő/törvényes képviselő neve:	Szülő/törvényes képviselő telefonszáma:
Tartós betegség megnevezése:	
Allergia megnevezése, részletes leírása:	
Gyógyszerérzékenység megnevezése, részletes leírása:	

Budapest, 20.....

.....

szülő(k)/törvényes képviselő(k) aláírása