

ADATLAP

Kérjük, hogy töltsék ki az alábbi adatlapot a **születési anyakönyvi kivonat és a lakcímkártya alapján**. Az adatokat bizalmasan kezeljük.

Kérjük, nyomtatott betűkkel, olvashatóan töltsék ki!

A tanuló adatai:

Születési név: _____ Osztálya: _____

Születési hely, idő: _____

Állandó lakcím: _____

Tartózkodási hely: _____

Oktatási azonosító: **7** _____

TAJ száma: _____

Adóazonosító száma: _____

Diákigazolvány száma: **1** _____

Normál allergia, (mire allergiás):

Bármilyen gyógyszer szedése esetén szülői vagy orvosi hozzájárulás leadása az osztályfőnöknek.

A fokozott kockázatú allergiára vonatkozó részt is ki kell tölteni a hátoldalon.

A szülői felügyeleti jog gyakorlója **SZÜLŐK / ANYA / APA**.

Válás esetén kérjük a bírósági határozatot a titkárságon leadni az 1. héten!

Anya (szíveskedjen aláhúzni, ha Ön a gondviselő és kapcsolattartó!)

Viselt neve:		
Születési név:		
Lakcím (állandó):		
Tartózkodási hely:		
Telefon:		E-mail:

Apa (szíveskedjen aláhúzni, ha Ön a gondviselő és kapcsolattartó!)

Neve:		
Lakcím (állandó):		
Tartózkodási hely:		
Telefon:		E-mail:

NYILATKOZAT

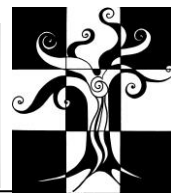
A gyermekemről iskolai tevékenységek és programok közben készült fotók és filmfelvételek megjelentetését az iskola honlapján, az iskolai kiadványokban, a községi újságban **engedélyezem / nem engedélyezem**.

A megadott e-mail címek továbbításához a szülői munkaközösség részére hozzájárulok: **igen nem**

Az adatlap aláírásával kijelentem, hogy megismertem és elfogadom az iskola Háziarendjét.

Dátum: Szada, 20.....

szülő aláírása: _____



SZÜLŐI / GONDVISELŐI NYILATKOZAT

Intézményünkbe járó gyermeke allergiájáról és a szükséges intézkedésekről

A 2011. évi CXCV törvény (a továbbiakban Nkt.) szerint: „A szülő kötelezettsége, hogy a nevelési-oktatási intézménnyel óvodai vagy tanulói jogviszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozott cselekvőképességű, fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről

a) a beiratkozással egyidejűleg vagy

b) a diagnózis ismertetése után követően haladéktalanul tájékoztassa a nevelési-oktatási intézményt.

Nagykorú tanuló esetén a nyilatkozattételi kötelezettség a tanulót terheli

Az Nkt. alapján a szülő köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál. A jövőben kérjük, hogy a szülők az allergiával érintett tanuló részére 100%-os társadalombiztosítási támogatással 3 darab autoinjektort írással fel a kezelőorvossal, az egyik kiváltott autoinjektort pedig a gyermek által látogatott köznevelési intézményben helyezték el. A lejárt szavatosságú autoinjektor cseréjéről a szülő a fentebbiek szerint gondoskodik, vis maior esetén, vagy amennyiben az átvett autoinjektor más tanuló életmentésére kerülne felhasználásra, akkor a köznevelési intézmény feladata ennek pótlása.

Gyermek neve:.....

Gyermek születési helye és ideje:.....

Gyermek lakcíme:.....

Gyermelem esetén tudomásom van fokozott kockázatú allergiás reakcióról: IGEN NEM

Az allergia típusa:.....

KÉRJÜK: Amennyiben rendelkezik orvosi szakvéleménnyel és azt nem adta le még iskolánk titkárságán, a nyilatkozathoz csatolni szíveskedjen!

A orvosi szakvéleményt a az iskola részére átadtam. IGEN NEM

Szülő/gondviselő neve:.....

Szülő/gondviselő lakcíme:.....

Szülő/gondviselő telefonszáma:.....

Szada:.....

Szülő/gondviselő aláírása

Egy autoinjektort a titkárságra leadtam.

Szada,.....

átadó

átvevő