

## Szülő, gondviselő nyilatkozata

a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben az iskolai közösségi szolgálat teljesítéséhez

A gyermek neve: .....

A gyermek születési dátuma: .....

A gyermek anyjának neve: .....

A gyermek TAJ száma: .....

További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”, stb.):

.....

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Törvényes képviselő neve: .....

Lakcíme: .....

Telefonos elérhetősége: .....

Alulírott ..... a fent nevezett tanuló szülője/gondviselője az iskolai közösségi szolgálat teljesítését a jelzett területeken támogatom és tudomásul veszem.

Hozzájárulok / Nem járulok hozzá, hogy iskolai rendezvényeken készült fotók kikerülhessenek a honlapra.

Hozzájárulok / Nem járulok hozzá, hogy a Fogadó Intézmények rendezvényein készült fotók kikerülhessenek az intézmény honlapjára

(megfelelő szövegrész aláhúzendó)

.....

szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása

Dátum: .....