

NYILATKOZAT
EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

Tanuló neve:
Születési hely, idő:
Anyja neve:
Gondviselő neve:
Lakcím (irányítószámmal):
TAJ szám:
Jelenlegi iskola neve:
és címe:

A tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok:

Hepatitis B elleni oltása van (Kérjük, karikázza be!) IGEN NEM
Krónikus betegségek:
Súlyos mozgásszervi fogyatékoság:
Súlyos érzékszervi fogyatékoság:
Pszichiátriai kezelés:
Egyéb:

Dátum:

.....
szülő/gondviselő

.....
iskolaorvos vagy házi orvos

P.H.