

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 háziorvos

P.H.