

SZÜLŐI NYILATKOZAT*
fokozott kockázatú allergiás betegségről

I. ÁLTALÁNOS ADATOK

Nyilatkozatot tevő szülő/törvényes képviselő neve:		
Lakcíme:		
A nyilatkozat megtételét illetően a szülői felügyeleti joggyakorlás keretében jelen nyilatkozat megtételére egyedülként jogosult?*	IGEN	NEM

** Amennyiben az előző kérdésre „NEM” a válasz, úgy a jelen nyilatkozat kizárólag a joggyakorlásra jogosult további szülő/törvényes képviselő adatainak megadásával/aláírásával együtt érvényes.

<i>Szülői felügyeleti joggyakorlásra jogosult további szülő/törvényes képviselő megnevezése (kizárólag akkor töltendő, ha az előző kérdésre „NEM” válasz került rögzítésre).</i>	
Nyilatkozatot tevő szülő/törvényes képviselő neve:	
Lakcíme:	

II. GYERMEK/TANULÓ ADATAI

Neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Lakcíme:	
Köznevelési intézmény neve és címe:	
Évfolyama és osztálya:	

III. NYILATKOZAT

Felüljegyzett szülő/törvényes képviselő a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény (a továbbiakban: Nkt.) 25. § (5b) bekezdésében, továbbá 72. § (1a) bekezdés a) pontjában meghatározott tájékoztatási kötelezettség teljesítése körében jelen dokumentum aláírásával nyilatkozom, hogy gyermekem az Nkt. 25. § (5a) bekezdés b) pontja, valamint 72. § (1a) bekezdése szerinti, **fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált.**

A szülő/törvényes képviselő jelen dokumentum aláírásával és benyújtásával vállalja, hogy az Nkt. 25. § (5a) bekezdés b) pontja, valamint 72. § (1a) bekezdése szerinti betegség megfelelő ellátása érdekében a gyermek fokozott figyelmet igénylő egészségügyi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről az intézményt tájékoztatja. Az azt megalapozó orvosi diagnózist tartalmazó egészségügyi iratot jelen aláírt nyilatkozat benyújtásával egyidejűleg az intézmény rendelkezésére bocsátja.

A szülő/törvényes képviselő jelen dokumentum aláírásával és benyújtásával azt is vállalja, hogy gondoskodik arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig magánál tartsa, illetve, hogy az akut ellátáshoz szükséges autoinjektorból 1 darabot az iskolában elhelyez, lejárát esetén a cseréjéről gondoskodik.

Alulírott szülő/törvényes képviselő kijelentem, hogy az általam közölt adatok megfelelnek a valóságnak.

Alulírott szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy a fokozott kockázatú allergiás betegség biztonságos ellátása érdekében vagy azzal összefüggésben az intézmény az általam megadott adatokat az Nkt. 25. § (5d) bekezdés b) pontja és 72. § (1c) bekezdése alapján célhoz kötötten legfeljebb a gyermek óvodai jogviszonya, a tanuló tanulói jogviszonya fennállásáig kezelheti.

Melléklet: orvosi diagnózist tartalmazó egészségügyi irat

Tata, 202.....

.....
szülő/törvényes képviselő

.....
szülő/törvényes képviselő

A nyilatkozatot és a mellékletet a köznevelési intézmény részéről átvette:

Tata, 202.....

.....
aláírás

*A nyilatkozatot nagykorú tanuló esetén értelemszerűen kell kitölteni!