



SÁGVÁRI SZILÁDY ÁRON ÁLTALÁNOS ISKOLA

8654 Ságvár, Petőfi S. u. 13.

OM 034105

Tel.: 84/380-018

szilady.sagvar@gmail.com

Szülői nyilatkozat gyermek egészségügyi állapotáról

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

Alulírott szülő az alábbiakban nyilatkozom
gyermekem egészségügyi állapotáról:

- allergiás igen ☐ nem ☐

amennyiben allergiás, kérjük írja le, hogy mire (pl. gyógyszerre, méh-, darázs- vagy
más rovarcsípésre, ételre, stb.) :

.....

- egyéb fokozott figyelmet igénylő betegsége van igen ☐ nem ☐

amennyiben igen, kérjük adja meg, hogy mi (pl. epilepszia, asztma, stb.)

.....

.....

Továbbá nyilatkozom, hogy gyermekem fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról,
egészségében történt változásról, a megteendő sürgősségi intézkedésekről az iskolát
haladéktalanul tájékoztatom, amennyiben gyermekem számára életmentő gyógyszer szükséges,
gondoskodom róla, hogy az mindig gyermekemnél legyen.

Ságvár,

.....
szülő/törvényes képviselő