SZEMÉLYI ADATLAP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A TANULÓ NEVE** |  | | | | | | | | | |
| **SZÜLETÉS HELY, IDŐ** |  | | | | | | | | | |
| **ÉDESANYA LEÁNYKORI NEVE** |  | | | | | | | | | |
| **LAKCÍME** | megye | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | | | | |
| **TARTÓZKODÁSI HELY**  (ha eltér a lakcímtől) | megye | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | | | | |
| **LEVELEZÉSI CÍM**  (*ahova a leveleiket kérik megküldeni)* |  | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| **OKTATÁSI AZONOSÍTÓ** |  | | | | | | | | | |
| **DIÁKIGAZOLVÁNY SZÁMA** |  | | | | | | | | | |
| **Tanuló TAJ SZÁMA:** |  | | | | | | | | | |
| **Tanuló ADÓSZÁMA:** |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| **APA NEVE** |  | | | | | | | | | |
| **LAKCÍME** |  | | | | | | | | | |
| **TELEFONSZÁMA** |  | | | | | | | | | |
| **E-MAIL CÍME** |  | | | | | | | | | |
| **ANYA NEVE** |  | | | | | | | | | |
| **LAKCÍME** |  | | | | | | | | | |
| **TELEFONSZÁMA** |  | | | | | | | | | |
| **E-MAIL CÍME** |  | | | | | | | | | |
| **HÁZIORVOS NEVE** |  | | | | | | | | | |
| **Telefonszáma** |  | | | | | | | | | |
| **ELTARTOTT TESTVÉREK SZÁMA** | |  | | | | | | | | |
| **GONDVISELŐ** | | ANYA | | | | | APA EGYÉB | | | |
| **INTÉZMÉNYI ELLÁTÁS** | | BEJÁRÓ | | | | |  | KOLLÉGISTA |  |  |
| **KÖZLEKEDÉS** | | SZÜLŐ | | | | |  | BETEGSZÁLLÍTÓ |  |  |
| EGYÉB (kérjük megnevezni) | | | | | | | | |
| **ELŐZŐ NEVELÉSI-OKTATÁSI INTÉZMÉNY megnevezése** (ha van ilyen) | |  | | | | | | | | |

Alulírott szülő/gondviselő teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá kijelentem, hogy az adatokban, illetve gyermekem egészségügyi állapotában beálló változást 3 munkanapon belül bejelentem az intézmény felé.

**Kérem az e-mail címem ....................................@ felvételét a szülői e-mail listára.**

IGEN □ NEM □

Budapest, 2021. ………………… ...

aláírás - szülő/gondviselő