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