

NYILATKOZAT  
EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ  
(A kitöltéshez kérje a gyermeket kezelő gyermekorvos/háziorvos segítségét!)

Tanuló neve: .....  
Születési hely, idő: .....  
Anyja neve: .....  
Oktatási azonosító: .....  
Törvényes képviselő(k): .....  
.....

A tanuló törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy:

a tanulónak krónikus betegsége	nincs	van: .....
a tanulónak súlyos mozgászervi fogyatékosága	nincs	van:.....
a tanulónak súlyos érzékszervi fogyatékosága	nincs	van: .....
a tanuló pszichiátriai kezelés alatt	nem áll	áll: .....
egyéb betegség, orvosi kezelés	nincs	van: .....
a tanuló a Hepatitis B oltást megkapta	igen	nem

Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekemről később kiderül, hogy a beiratkozás időpontjában a fenti problémák valamelyike fennállt, és emiatt a tanuló egészségügyi alkalmatlanság miatt nem lett volna felvehető, a tanulói jogviszonyt az iskola megszüntetheti.

Budapest, 2024.....

.....  
szülők/törvényes képviselő(k)