

SZÜLŐI NYILATKOZAT

Ezúton nyilatkozom arról, hogy gyermekemnek étel, vagy más jellegű allergiája, illetve krónikus betegsége:

(kérjük aláhúzással jelölni!) van* - nincs

**Pozitív válasz esetén kérjük, nevezze meg és küldje be az orvosi szakvélemény másolatát az iskolai titkárságra az osztályfőnökön keresztül!*

megnevezés*:

kérés / megjegyzés:

SÚLYOS ALLERGIA ESETÉN **EPIPEN INJEKCIÓ** HASZNÁLATA INDOKOLT:

IGEN - NEM

Gyermek neve: _____ osztálya: _____

Szülő neve (nyomtatott betűkkel): _____

Dátum: _____

.....
szülő/gondviselő aláírása

.....
szülő/gondviselő aláírása