

NYILATKOZAT

**Kedves szülők, kérjük az alábbi kérdésekre pontosan, adják meg válaszaikat!
Ha van valamilyen eltérés, azt az adatlapon aláhúzással jelezzék!**

	Nem	Igen, részletezve
A gyermeknek milyen fertőző betegsége volt? (bárányhimlő, rózsahimlő, mumpsz, skarlát, stb.)		
Gyógyszerérzékenysége van – e? (Ha igen, milyen gyógyszerre?)		
Allergiás betegség előfordul-e? (pl.: szénanátha, pollenallergia, lisztérzékenység, stb.)		
Ekzéma (ill. száraz bőr, atopiás dermatitis) van-e?		
Asthmás hörghurutban szenved-e? Ha igen milyen gyógyszereket szed?		
Agyvelő-, illetve agyhártyagyulladás volt-e?		
Szívizomgyulladás vagy ízületi gyulladás volt-e?		
Eszméletvesztés, roszullét, epilepszia volt-e?		
Pszichológus vagy logopédus kezelte-e? Van-e speciális nevelési igénye/SNI ?		
Visel-e vagy viselt-e szemüveget? (szemészeti leletet hozza magával)		
Színlátás zavara, tompalátás ismert-e		
Feküdt-e kórházban? Ha igen, miért? (a zárójelentést hozza magával)		
Szed-e rendszeresen gyógyszert? Ha igen, mit?		
Testnevelésórán volt-e felmentett? Ha igen, miért?		
Volt-e balesete, műtete? Ha igen, milyen?		
Volt-e valamilyen egyéb lényegesebb, komolyabb betegsége, hosszabb gyógyszeres kezelése, járt-e/ jár-e valahová gondozásra?		

illette

2020. május 31-ig a pagisz.titkarsag@gmail.com

Kérjük szíves együttműködésüket, melyet előre is köszönünk!

A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ AKTUÁLIS ADATOK

Kérjük, tegyen egy „X” jelet, ha valamely betegség előfordult már Önöknél, illetve a családjukban!

Betegség	Apa ill. családja	Anyja ill. családja	Testvér/ek
<u>Szív-, érrendszeri betegség</u> (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
<u>Allergia, asztma</u> (szénanátha, ekzéma)			
<u>Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség</u> (epekö, májbet, fekély, bélgyull.)			
<u>Krónikus vese- és húgyúti betegség</u> (vesekő, húgyvezeték tágulat; gyull.)			
<u>Cukorbetegség</u>			
<u>Elhízás</u>			
<u>Idegrendszeri/Elmebetegség</u> (depresszió, epilepszia, pánikbetegség)			
<u>Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség</u> (mozgásszervi-, szívbetegség, Down kór, vérzékenység)			
<u>Daganatos betegség</u>			
<u>Csökkentlátás/vakság</u> (szemüvegviselés, optikai hiba)			
<u>Nagvothallás/Süketség</u> (fülműtét, tubus)			
<u>Egyéb betegség</u>			

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége ill. eltitkolt betegségem nincs, a kért, illetve hiányzó leleteket 2 héten belül pótolom.

szülő aláírása

tanuló aláírása

A nyilatkozat visszaküldésének határideje:

DÁTUM:

Köszönjük együttműködésüket!

