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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szülő aláírása:\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_