**Nyilatkozat**

14 évnél fiatalabb tanuló egészségügyi kockázat fennállásáról

Alulírott …………………………………… (szülő / törvényes képviselő) jelen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom hogy, gyermekem ………………………..……..… (név) ………………..…… (szül. hely, idő) …….… (osztály) tanulója

* I. típusú diabétesszel diagnosztizált (diabétesszel élő)

IGEN\* / NEM

* a fokozott kockázatú allergiás betegséggel (anafilaxiás allergiával) diagnosztizált

IGEN / NEM

\* Amennyiben igen, úgy a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény (Nkt.) 62. § (1a) bekezdése szerinti speciális ellátást (a vércukorszint szükség szerinti mérését, szükség esetén, orvosi előírás alapján, a szülővel, más törvényes képviselővel, a megadott kapcsolattartási módon egyeztetve, az előírt időközönként a szükséges mennyiségű inzulin beadását).

KÉREM / NEM KÉREM

Jelen nyilatkozatot az Nkt. 24.§ (5a) bekezdése valamint a fenti rendelkezése alapján, önkéntes adatszolgáltatásként tettem. Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozatot az intézmény tanuló jogviszonyának fennállásáig tartja nyilván.

Kelt: …………………, …………………………….

 ………………………………

 szülő