

N y i l a t k o z a t

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 diabéteszsel diagnosztizált (diabéteszsel 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