

NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

(A kitöltéshez kérje a gyermeket kezelő gyermekorvos/háziorvos/ védőnő segítségét!)

Tanuló neve:

Születési hely, idő

Anyja neve:

Oktatási azonosító:

Törvényes képviselő(k):

A tanuló törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy tudomásom szerint:

gyermekemnek ismert allergiája

nincs

van

Zirc, 2024.....

.....

szülő/gondviselő