

**Kedves leendő 9.E (egészségügyi)
osztályos tanulók!**

**Tájékoztatunk Benneteket, hogy a
beiratkozás napján (2016. 06. 23-án),
11-14 óra között lesz számotokra az
egészségügyi alkalmassági vizsgálat az
iskola orvosi rendelőjében, amelyre
feltétlenül hozzátok magatokkal az utolsó
védőnői szűrővizsgálati eredményeteket!
Valamint hozzátok magatokkal kitöltve,
aláírva a mellékelt egészségügyi
nyilatkozatot!
Szeretettel várunk Benneteket!**

Egészségügyi nyilatkozat

Gyermek neve:..... Szül. idő:.....
Ált. Iskolája neve, címe:.....
Szakma: Lakcíme:.....
TAJ szám:..... Házi orvos:.....
Gondviselő neve:.....
Szülő e-mail:..... Szülő tel.száma:.....

Volt-e vagy van-e a tanulónak az alábbi betegsége:

Gyógyszerérzékenység:.....
Allergia:.....
Ekcéma:.....
Asztma:.....
Cukorbetegség:.....
Vesebetegség:.....
Mozgásszervi betegség:.....
Pszichológiai vizsgálatban vagy kezelésben részesült-e:.....
Tanulási zavar (dyslexia stb):.....
Epilepszia:.....
Halláscsökkenés:.....
Visel-e szemüveget/kontaktlencsét? Ha igen, hány dioptriás?.....
Színtévesztő: igen-nem
Kórházban feküdt-e? Hányszor?.....
Rendszeresen szedett gyógyszerek:.....
.....
Testnevelés alól volt-e felmentve, oka, időtartama.....
Milyen fertőző betegségei voltak?.....
Egyéb betegség, ami miatt gondozás alatt áll:
.....

Dátum:.....

.....

szülő aláírása

.....

tanuló aláírása