**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

Gyermek neve:

Szülő/gondviselő neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának elérhetősége:

**Nyilatkozom**, hogy:

* Gyermekem tartós betegségéről nem tudok, állandó gyógyszert nem szed
* Gyógyszerallergiáról nincs tudomásom bnm

 **Nyilatkozat tartós betegségről, hogy** **a gyermek például**:

* + epilepszia
	+ asztma
	+ cukorbetegség
	+ allergia
	+ vesefejlődési rendellenesség
	+ egyéb tartós betegség:……………………………………………….

**A nyilatkozatot kiállító szülő/gondviselő**

neve:

lakcíme:

telefonos elérhetősége:

Dátum:

 aláírás törvényes képviselő

 *Az Nkt. 72. § (1a) bekezdésében foglaltak szerint a szülő kötelezettsége, hogy a nevelési oktatási intézménnyel tanulói jogviszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről****a beiratkozással egyidejűleg, vagy a diagnózis ismertté válását követően haladéktalanul tájékoztassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál****.*