**Hajdúböszörményi Tankerületi Központ HC1301**

**Hajdúböszörményi Bocskai István Általános Iskola**

**4220 Hajdúböszörmény, Bocskai tér 11.**

**Telefon: 52/229-164 Fax: 52/561-429**

**E-mail:** **info@bocskaia-hbosz.edu.hu**

**Iktatószám: /2024**

**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

**a tanuló egészségügyi állapotáról**

**a 2011. évi CXC. tv. – a nemzeti köznevelésről – 25.§ (5b), (5c) és (5d) bekezdése alapján**

A gyermek neve: ………………………………………………………………………………

A gyermek születési dátuma: …………………………………………………………………

A gyermek anyjának neve: ……………………………………………………………………

A gyermek TAJ száma: ……………………………………………………………………….

Alulírott szülő/ törvényes képviselő………………………………………………….. (név) …………………………………………………………………………………………………...(lakcím) nyilatkozom, hogy gyermekem

\* **nem szenved fokozott kockázatú allergiás betegséggel**, ha ilyen kialakulna nála, a köznevelési intézményt a tudomásszerzést követően erről haladéktalanul tájékoztatom.

\* **fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermek**, gondoskodom az életmentő gyógyszer gyermekemnél történő tartásáról.

További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”, stb.):

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Hajdúböszörmény, 2024. április ….

…………………………………..

szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő rész aláhúzandó.