

NYILATKOZAT

a tanulók szakmai alkalmasságának előzetes vizsgálatához és véleményezéséhez

Tanuló neve: ..... Születési helye, ideje: .....  
 Anyja neve: ..... TAJ szám: .....  
 Lakcím: ..... Osztály: .....  
 Előző iskola neve, pontos címe: .....

Kérem a szülőket, hogy az alábbi kérdésekre gyermekük érdekében pontosan válaszoljanak!

	IGEN	NEM
Gyógyszerérzékenység Ha igen, nevezze meg:		
Allergiás betegség Ha igen, mire:		
Agyvelő, agyhártyagyulladás		
Ekcéma, bőrbetegség		
Szívizomgyulladás vagy egyéb szívbetegség		
Ízületi betegség		
Asztma vagy más légzőszervi betegség		
Eszméletvesztéssel járó rosszullét (pl.: epilepszia)		
Cukorbetegség vagy más anyagcsere betegség		
Vérképzőszervi betegség		
Magasban szédül?		
Halláscsökkenés fennáll?		
Szemüvege van? Ha igen, kérjük hozza magával egy éven belüli szakorvosi leletét!		
Szintévesztő?		
Feküdt kórházban? Ha igen, mikor, mi miatt?		
Szed rendszeresen gyógyszert? Ha igen, nevezze meg:		
Testnevelési óra alól részesül felmentésben? Ha igen, részleges vagy teljes felmentésben? (Húzza alá a megfelelőt) Kérjük hozza magával egy éven belüli szakorvosi leletét!		
Gyógytestnevelésre jár?		
Gondozás alatt áll valamilyen betegséggel? Ha igen nevezze meg: Gondozási könyvét hozza magával!		
Van-e a felsoroltakon kívül egyéb betegsége vagy közölni valója?		

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum: .....

.....  
szülő aláírása