

Nyilatkozat a gyermek kollégium-egészségügyi ellátásához

Gyermek neve: TAJ száma:

Krónikus betegsége(i)*: **nincs** **van**

(asztma, cukorbetegség, epilepszia, vesebetegség, ekcéma, egyéb)

.....
.....

Állandó gyógyszeresedés*: **nincs** **van**

H van, mire? mit? adagolás?

.....
.....

Gyógyszerérzékenység*: **nincs** **van**

Ha van, mire?

Allergia*: **nincs** **van**

Ha van, mire? (étel, rovarcsípés, virágpor stb)

.....
.....

Speciális étkezési igény*: **nincs** **van**

.....
.....

* A megfelelő aláhúzendő. **Ha van, szakorvosi igazolás csatolása szükséges!**

Koronavírus fertőzésen (Covid 19) átesett-e**? **igen** **nem**

Ha igen, mikor?

Koronavírus elleni oltást kapott-e**? **igen** **nem**

Az oltás(ok)ideje:

Szemüveget/kontaktlencsét kell-e viselnie**?	igen	nem
.....		
Hallókészüléket kell-e viselnie**?	igen	nem
.....		
Egyéb gyógyászati segédeszköz**:	nincs	van
.....		
.....		
Gyógytornára vagy egyéb terápiára kell-e járnia?	igen	nem
.....		
.....		

** A megfelelő aláhúzendő.

Egyéb megjegyzendő:

.....

.....

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

lakcíme:

telefonszáma: +36

Bűntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. **Vállalom, hogy a jelen adatok és információk változásáról a legközelebbi kollégiumi napon írásban tájékoztatom a kollégiumot.** Hozzájárulok, hogy a fenti adatokat a Kollégium a vonatkozó törvényi jogszabályoknak megfelelően kezelje.

Kelt:, év hó nap

.....

Szülő/gondviselő/gyám aláírása