

Nyilatkozat a gyermek kollégium-egészségügyi ellátásához

Iktatószám:.....

Gyermek neve: **TAJ száma:**

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

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

.....
.....

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

Ha van, mire? mit? adagolás?

.....
.....

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

Ha van, mire?

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

Ha van, mire? (étel, rovarcsípés, virágpór 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 aláhúzendó.

Egyéb megjegyzendő:

.....

.....

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

lakcíme:

telefonszáma: +36

Büntetőjogi 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