



Csik Ferenc Általános Iskola és Gimnázium
1027. Budapest, Medve utca 5-7.
Tel.: 201-1137
Mobil: +36 20 228-0543
E-mail: titkarsag@csikferenc.hu
Web: www.csikferenc.hu
OM azonosító: 034799

Szülői nyilatkozat – allergiás tanulóról

Alulírott szülő/törvényes képviselő
tájékoztatom a Iskolát, hogy gyermekem
.....(gyerek neve) osztálya:
szül. hely, idő:
anyja neve: TAJ száma:
oktatási azonosítója:

(a megfelelő aláhúzendó)

allergiában szenved
allergiában nem szenved

A következő pontok csak allergiás gyermek esetén töltendő ki!

1. Az allergia típusa: (a megfelelő aláhúzendó)

- étel
- rovarcsípés
- pollen
- gyógyszer
- egyéb:

2. Allergének (amire a gyermek konkrétan allergiás)

.....
.....

3. Az allergia mértéke: (a megfelelő aláhúzendó)

- enyhe
- fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermek

4. Amennyiben fokozott kockázatú allergiával diagnosztizált a gyermek
(anafilaxia veszély fennáll) – orvosi diagnózis alapján

Vállalom, hogy az akut ellátásához szükséges, háziorvos által felírt autoinjektort (AAI) gyermekem mindig magával hordja.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem ezen adatainak kezelését az intézmény gyermekem tanulói jogviszonyának fennállásáig kezeli.

Budapest,

.....
szülő/törvényes képviselő
aláírása