|  |
| --- |
| NYILATKOZAT |

Alulírott szülő nyilatkozom, hogy a **fokozott kockázati allergiás betegséggel diagnosztizált gyermekek fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotával kapcsolatos nyilatkozattételi kötelezettségemről tájékoztatást kaptam, s egyúttal nyilatkozom, hogy gyermekem**

tanuló neve: ……………………………………………………………………………………..

osztálya: ………………………………………………………………………………………...

születési idő, hely: ………………………………………………………………………………

anyja neve: ……………………………………………………………………………………...

Taj száma: ……………………………………………………………………………………….

lakcíme: …………………………………………………………………………………………

szülő elérhetősége(E-mail): ……………………………………………………………………..

szülő telefonszáma: ……………………………………………………………………………..

**rendelkezik** **nem rendelkezik**

fokozott kockázatú allergiával kapcsolatos diagnózissal, amelyre a gondozó szakorvos anopen, epipen (tonogén) tartalmú injekciót írt fel.

Budapest, ……….. év ……………………………. hó …… nap

…………………………….

szülő aláírása