

TANULÓI ADATLAP

Kérjük nyomtatott nagybetűvel töltsé ki, és aláírva hozza magával a beiratkozással!

A TANULÓ ADATAI:

OKTATÁSI AZONOSÍTÓ:.....

NEVE (ANYAKÖNYV SZERINT):

SZÜLETÉSI HELYE:

SZÜLETÉSI IDEJE: ÉV HÓ(BETŰVEL)..... NAP

ELŐZŐ ISKOLA NEVE:.....

CÍME:

ÁLLANDÓ LAKCÍME:.....IRÁNYÍTÓSZÁM.....

TARTÓZKODÁSI HELY.....IRÁNYÍTÓSZÁM

TELEFONSZÁMA:

MOBILSZÁMA: E-MAIL CÍME:.....

ÉDESANYJA ADATAI:

NEVE:

SZÜLETÉSI NEVE:

LAKCÍME:

FOGLALKOZÁSA:

MUNKAHELYE NEVE:

CÍME:

TELEFONSZÁMA.

MOBILSZÁMA: E-MAIL CÍME:

ÉDESAPJA ADATAI:

NEVE:

LAKCÍME:

FOGLALKOZÁSA:

MUNKAHELYE NEVE:

CÍME:

TELEFONSZÁMA.

MOBILSZÁMA: E-MAIL CÍME:

GONDVISELŐ ADATAI:

Feltétlenül kérjük kitölteni!

NEVE:

SZÜLETÉSI NEVE:

LAKCÍME:

FOGLALKOZÁSA:

MUNKAHELYE NEVE:

CÍME:

TELEFONSZÁMA.

MOBILSZÁMA: E-MAIL CÍME:

TESTVÉREK ADATAI:

NEVE:

SZÜLETÉSI IDEJE:ÉVHÓ(BETŰVEL).....NAP

FOGLALKOZÁSA:

NEVE:

SZÜLETÉSI IDEJE:ÉVHÓ(BETŰVEL).....NAP

FOGLALKOZÁSA:

NEVE:

SZÜLETÉSI IDEJE:ÉVHÓ(BETŰVEL).....NAP

FOGLALKOZÁSA:

A TANULÓVAL EGY HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ CSALÁDTAGOK ADATAI:

TELJES NEVEK:

.....

.....

.....

A TANULÓ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁVAL KAPCSOLATOS ADATOK:

VAN-E GYÓGYSZER- VAGY EGYÉB ALLERGIÁJA?.....

.....

SZED-E VALAMILYEN GYÓGYSZERT RENDSZERESEN?

.....

TAJ-SZÁMA:

HÁZIORVOSÁNAK NEVE:.....

TELEFONSZÁMA:

EGYÉB EGÉSZSÉGI PROBLÉMA:

.....

EGYÉB ADATAI:

TANULMÁNYI VERSENYEKEN ELÉRT JELENTŐSEBB EREDMÉNYEI:

.....

JÁTSZIK-E VALAMILYEN HANGSZEREN?

SPORTOL-E? MIT? MILYEN EGYESÜLETBEN?

.....

HOBBIJA:

.....

ALÁÍRÁSOK: ÉDESANYA:..... ÉDESAPA:.....

(GONDVISELŐ):..... TANULÓ:.....

KELT:.....

SZÜLŐI NYILATKOZAT A TANULÓ ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ

Tisztelt Szülők!

KÉRJÜK, BEIRATKOZÁSKOR/ AZ ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA HOZZÁK MAGUKKAL:

- EZT A NYILATKOZATOT KITÖLTVE,
- GYERMEKÜK OLTÁSI KISKÖNYVÉT (GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYV),
- AZ OLTÁSI KISKÖNYV AZON OLDALAINAK A FÉNYMÁSOLATÁT, AMELYEKEN AZ OLTÁSOK SZEREPELNEK,
- A KÓRHÁZI ZÁRÓJELENTÉSEK, ORVOSI LELETEK FÉNYMÁSOLATÁT.

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, szükség esetén a kitöltéshez kérje az iskola-egészségügyi szolgálat, vagy a házi gyermekorvos segítségét!

A tanuló neve:	Osztálya:	
Születési helye:	ideje:	TAJ száma:
Lakcím:		
Anyja leánykori neve:	Telefonszáma:	e-mail cím:
Apja/Gondviselője neve:	Telefonszáma:	e-mail cím:
Házi gyermekorvosa neve:	Telefonszáma:	
Annak az általános iskolának a neve és címe, ahol a hatodik/nyolcadik osztályt végezte:		

A gyermeke **egészségi állapotára** vonatkozó adatok. Kérjük a megfelelőt beírni, megjelölni, pontosan megnevezni!

Gyógyszerallergia: nem igen, éspedig:
Asthma, szénanátha, egyéb allergia: nem igen, éspedig:
Különleges táplálkozási igény: nem igen, éspedig:
Műtét(ek) megnevezése: időpontja(i):
Baleset(ek) (szakellátást igénylő), törés, agyrázkódás:
Krónikus betegsége van-e, ha igen, a megnevezése, mikor kezdődött, hova járnak ellenőrzésre:
Rendszeresen szed-e gyógyszert, ha igen, mit:
Látásprobléma: nincs van Szemüvege nincs van
Hallásprobléma: nincs van
Egyéb közölnivaló (pl. testnevelés alóli felmentések , gyógytorna, gyógytestnevelés , eszméletvesztéssel járó rosszullétek, szédülés, kérések, írás –olvasási nehézség, egyéb):

Dr. Kóródi Gabriella
iskolaorvos
06-20-411-4051

Mugits Mónika
iskolavédőnök
06-20-411-3035

Az iskola honlapján található iskola-egészségügyi munkáról szóló tájékoztatást elolvastam, azt támogatom. Az általam adott információk a valóságnak megfelelnek.

Dátum: _____

Szülő aláírása: _____