

Intézmény OM azonosítója és neve: **032397 Dunabogdányi Általános Iskola és AMI**

NYILATKOZAT

Alulírott(név)

.....
(cím: település, utca, házszám) alatti lakos, szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy

..... nevű,.....

évfolyamra járó gyermekem fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált:

Igen / Nem

(Aláhúzni a megfelelőt.)

Allergiát kiváltó ok:

Sürgősségi teendő:

Tudomásul veszem az Nkt. 72. § (1a) bekezdésében foglaltakat, miszerint:

„A szülő kötelezettsége, hogy a nevelési-oktatási intézménnyel óvodai vagy tanulói jogviszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről

a) a **beiratkozással egyidejűleg**, vagy

b) a diagnózis ismertté válását követően haladéktalanul

tájékoztassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.”

Dátum: Dunabogdány, 20..... év hó nap

.....
szülő/törvényes képviselő aláírása