**Egészségügyi nyilatkozat**

**(a 2011. évi CXC.tv. A nemzeti köznevelésről és**

**a 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet** **az iskola-egészségügyi ellátásról alapján)**

***Tisztelt Szülő!***

Gyermeke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**minden tanévben** **kötelező, törvény által előírt egészségügyi szűrővizsgálaton vesz részt az iskolában**, melyet az Iskola-egészségügyi Szolgálat tagjai végeznek.

**A tanuló a vizsgálatra a következőket hozza magával:**

* társadalombiztosítási kártya (TAJ),
* **előző betegségekkel kapcsolatos zárójelentések, leletek, gondozási dokumentumok fénymásolatai,**
* védőoltási kiskönyvek (2 db – 14 éves feletti is),
* szemészeti eltérés, színtévesztés esetén szakorvosi vélemény, szemüveg, ha viselnie kell,
* jelentés 6-18 éves fiúkról, lányokról (iskolavédőnőtől).

***Amennyiben a kért orvosi eredményeket nem hozzák magukkal, az orvosi vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.***

**A tanuló és a szülő az alábbi kérdésekre pontosan adjanak választ!**

Volt-e, jelenleg van-e a tanulónak alábbi betegsége: igen nem

* gyógyszerérzékenység □ □
* allergiás betegség □ □
* ekcéma □ □
* ízületi gyulladás □ □
* asztma, hörghurut □ □
* eszméletvesztéssel járó rosszullét (epilepszia) □ □
* cukorbetegség □ □
* vérszegénység □ □
* magasban szédül-e? □ □
* halláscsökkenés □ □
* színtévesztő-e? □ □
* feküdt-e kórházban? (zárójelentést hozza magával) □ □
* szed-e rendszeresen gyógyszert? □ □
* testnevelés alól felmentett-e, miért? □ □
* gyógytestnevelésre jár-e? □ □
* jár-e valamilyen gondozóba (szív, vese, máj stb.) □ □
* törése volt-e (kéz, láb) □ □

(A megfelelő helyre kérjük X-et tenni.)

Egyéb közölni való:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek nincs eltitkolt betegsége.

Továbbá vállalom, hogy az esetlegesen a későbbiekben jelentkező betegségekkel kapcsolatos leletek, zárójelentések, gondozási dokumentumok fénymásolatait az Iskola-egészségügyi Szolgálat részére átadom.

Kelt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_\_\_\_hó\_\_\_\_\_nap.

 ……………………………………….. ………………………………………

 szülő aláírása tanuló aláírása

**KÉRJÜK VISSZAKÜLDENI POSTAI ÚTON VAGY E-MAILBEN 2020. MÁJUS 22-ig!**