

Intézmény OM azonosítója és neve:

## 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:

.....  
szülő/törvényes képviselő aláírása