

## Szülői nyilatkozat

A gyermek neve: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Taj száma: .....  
Lakcíme: .....  
A szülő/ törvényes képviselő neve:.....

**Alulírott szülő / törvényes képviselő ezúton nyilatkozom, hogy gyermekem fokozott figyelmet igénylő allergiás betegséggel diagnosztizált (anafilaxia) : NEM IGEN**  
Ha igen, vállalom, hogy az akut ellátásához szükséges autoinjektorból 1db-ot az iskolába beküldök, és lejárát esetén a cseréjéről gondoskodom. Tudomásul veszem, hogy gyermekem ezen adatainak kezelését az intézmény gyermekem tanulói jogviszonyának fennállásáig kezeli.

**Ételallergia: NEM IGEN .....**  
**Diabetes: NEM IGEN**

**Szakértői bizottság által kiállított szakvéleménnyel rendelkezik: NEM IGEN**  
**Szakértői bizottsági vizsgálata folyamatban van: NEM IGEN**

Büntetőjogi felelősségem tudatában vállalom, hogy amennyiben a fenti nyilatkozatomban foglalt **bármely körülményben változás áll be, azt haladéktalanul jelzem az intézményvezető részére.**

Celldömlök, .....

.....

szülő/törvényes képviselő aláírása