

SZÜLŐI NYILATKOZAT
fokozott kockázatú allergiás betegségről

Gyermek/tanuló adatai:

Neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Köznevelési intézmény neve és címe:

Évfolyam és osztálya:

NYILATKOZAT

Alulírott szülő/törvényes képviselő a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény (a továbbiakban: Nkt. 25. § (5b) bekezdésében, továbbá 72. § (1a) bekezdés a) pontjában meghatározott tájékoztatási kötelezettség teljesítése körében jelen dokumentum aláírásával nyilatkozom, hogy gyermekem az Nkt. 25. § (5a) bekezdés b) pontja, továbbá 72. § (1a) bekezdése szerinti, **fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált / nem diagnosztizált.** *

A szülő/törvényes képviselő jelen dokumentum aláírásával és benyújtásával vállalja, hogy az Nkt. 25. § (5a) bekezdés b) pontja, valamint 72.§ (1a) bekezdése szerinti betegség megfelelő ellátása érdekében a gyermek fokozott figyelmet igénylő egészségügyi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről az intézményt tájékoztatja. Az azt megalapozó orvosi diagnózist tartalmazó egészségügyi iratot jelen aláírt nyilatkozat benyújtásával egyidejűleg az intézmény rendelkezésére bocsátja.

Alulírott szülő/törvényes képviselő kijelentem, hogy az általam közölt adatok megfelelnek a valóságnak.

Alulírott szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy a fokozott kockázatú allergiás betegség biztonságos ellátása érdekében vagy azzal összefüggésben az intézmény az általam megadott adatokat az Nkt. 25. § (5d) bekezdés b) pontja és 72. § (1c) bekezdése alapján célhoz kötötten legfeljebb a gyermek óvodai jogviszonya, a tanuló tanulói jogviszonya fennállásáig kezelheti.

Diagnózist igazoló dokumentum van / nincs.*

Amennyiben a nyilatkozat tételkor a diagnózist igazoló dokumentum nem áll a szülő/törvényes képviselő rendelkezésére, azt 7 napon belül az intézmény rendelkezésére bocsátja.

....., 2026.

.....

szülő/törvényes képviselő

(*megfelelő rész aláhúzendó)