

**NYILATKOZAT fokozott kockázatú allergiáról**

Alulírott……………………………………………………………………………………(név) ………………………………………………………………………………………(lakcím- település, utca,házszám) alatti lakos, szülő/törvényes képviselő ,

Alulírott…………………………………………………………………………………(név) ………………………………………………………………………………………(lakcím- település, utca,házszám) alatti lakos, szülő/törvényes képviselő

nyilatkozom, hogy …………………………...............................................**nevű gyermekemet**

 igen nem

**fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizálták**, gyermekem fokozott figyelmet igényel.

A megteendő sürgősségi intézkedésekről

a) a beiratkozással egyidejűleg, vagy

b) a diagnózis ismertté válását követően haladéktalanul

tájékoztattam a nevelési-oktatási intézményt. (a megfelelő rész aláhúzandó)

Tudomásul veszem, hogy a szülő köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.

Dátum: Budapest, 2024. …………………………………………

……………………………………

szülő/törvényes képviselő aláírása

……………………………...

 szülő/törvényes képviselő aláírása