

**Tisztelt Szülők, Tisztelt Gondviselő!**

Iskolánkba való felvételhez egészségügyi alkalmassági vizsgálatra van szükség. Ezért kérem, hogy az alábbi szülői nyilatkozatot szíveskedjenek kitölteni.

Gyermek neve:

szül. ideje: ..... TAJ száma: .....

lakcíme: .....

súlya: ..... magassága: .....

**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

<b>kizáró okok lehetnek:</b>	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
arc és kéz torzító elváltozásai		
mindkét fül halláscsökkenése a beszédmegértés zavarával		
súlyos szívbetegség		
enyhébb szívbetegség - kardiológiai vélemény szükséges		
epilepszia - ideggyógyászati vélemény szükséges		
jelentősebb orthopaediai rendellenességek - orthopaediai vélemény szükséges		
színtévesztés – dekoratőr-lakberendezői szakon kizáró ok		

Gyermekének

- van-e gyógyszerérzékenység, allergia: .....
- milyen műtétei voltak?.....
- volt-e nagyobb balesete, sérülése? .....
- volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte? .....
- áll-e, vagy állt-e korábban valamilyen betegség miatt gondozás alatt? (pl.: szív, vese, tüdőbetegség, cukorbetegség, epilepszia stb.): .....
- járt-e valaha gyógytestnevelésre (mikor, mi miatt).....
- szed-e rendszeresen gyógyszert (mit).....
- egyéb lényeges betegség?.....

**Kérjük, a gyermek oltási könyvét a vizsgálatkor bemutatni szíveskedjenek!**

**GYERMEKNEK ELTITKOLT BETEGSÉGE NINCS:**

Budapest, 2017..... hó ..... nap

.....  
szülő/gondviselő aláírása

***EZEN NYILATKOZATOT KÉRJÜK, HOGY AZ ORVOSI ALKALMASSÁGI  
VIZSGÁLATRA HOZZÁK MAGUKKAL!***

**VIZSGÁLAT HELYE: BKSZC Kozma Lajos Faipari Szakgimnáziuma  
1041. Budapest, Deák Ferenc u. 40.**

**VIZSGÁLAT IDEJE:**

