

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