

NYILATKOZAT  
EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ  
(EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZATI BEISKOLÁZÁS)

Tanuló neve: .....

Születési hely, idő: .....

Anyja neve: .....

Gondviselő neve: .....

Lakcím (irányítószámmal): .....

TAJ szám: .....

Jelenlegi iskola neve: .....

és címe: .....

**A tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok:**

Hepatitis B elleni oltása van (Kérjük, karikázza be!)      IGEN      NEM
Krónikus betegségek:
Súlyos mozgásszervi fogyatékoság:
Súlyos érzékszervi fogyatékoság:
Pszichiátriai kezelés:
Egyéb:

Dátum: .....

.....  
szülő/gondviselő

.....  
iskolaorvos vagy házi orvos

P.H.