Intézmény OM azonosítója és neve:

200945 Csongrád és Térsége Széchenyi István Általános Iskola és Alapfokú Művészeti Iskola

**NYILATKOZAT**

Alulírott

|  |  |
| --- | --- |
| Név:  |   |

szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy …………………………………………………….....

nevű gyermekem fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált.

Allergia: …………………………………………………………………..

A fentiek miatt tudomásul veszem az Nkt. 72. § (1a) bekezdésében foglaltakat, miszerint a szülő kötelezettsége, hogy a nevelési-oktatási intézménnyel tanulói jogviszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről a beiratkozással egyidejűleg tájékoztassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.

Dátum:

szülő/törvényes képviselő aláírása