

Szülő Tölts KI! Kérem beiratkozásra hozza magával és a védőnőnek adja le.

Beiratkozási osztály:.....

Születési név:.....

Születési hely:.....

Születési idő:.....

Anyja neve:.....

TAJ-száma:.....

Állandó lakcím:.....

.....

A gyermek egészségügyi állapotára vonatkozó kérdések:

Gyógyszer-, vagy egyéb allergia:.....

.....

Gondozott betegségek:

szív- és érrendszeri pl. magas vérnyomás,
szívritmuszavar:

légzőszervi eltérés pl. asztma, rhinitis:

.....

emésztőrendszeri eltérés:

.....

húgyutibetegség:

cukorbetegség:

idegrendszeri pl. epilepszia:

mozgásszervi pl. scoliosis, Scheuermann,
csípőbetegség stb.:

.....

szemészeti és hallószervi eltéréspl: szemüveg,
nagyothalló készülék, kontaktlencse:.....

endokrinológiai eltérés pl. pajzsmirigy, növekedési
hormon zavar stb:

Egyéb meglévő betegség:

.....

Állandó gyógyszeresedés:.....

16 éves kori záróvizsgálat (kötelező)			
A család egészségére vonatkozó aktuális adatok			
Betegség	Apa/ családja	Anyja/ családja	Testvér/ Testvérek
Szív- érrendszeri betegség (hypertonia, infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség			
Krónikus vese- és húgyúti betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri/elme-betegségpl:epilepszia			
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség pl.: Down, szív, csípő			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyébbpl: pajzsmirigy,			

Előző iskola, ahol

tanult:.....

Gondviselő neve:.....

elérhetősége:

tel.....

.....

A gyermeknek eltitkolt betegsége nincsen.

Aláírással elfogadom és beleegyezem, hogy a
gyermekem itt töltött iskolai éveiben (5., 6., 8., és
9.,10.,12., évfolyam) orvosi és védőnői
szűrővizsgálatok történnek.

szülő aláírása

.....