Iktatószám: NSZFH/bksz-kozma/30-1/ /2020.

**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kizáró okok lehetnek:** | **IGEN** | **NEM** |
| 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?..............................................................................

**GYERMEKNEK ELTITKOLT TESTI ÉS PSZICHÉS MEGBETEGEDÉSE NINCS.**

Budapest, 2020. 02.20.

 …………………………………

 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:**