



Kérem, hogy a táblázatban legyenek szívesek jelölni (pl. + jellel), hogy vonatkozik-e az adott betegség valakire a családból! Amennyiben nem, kérem szíveskedjenek azt kihúzni!

Együtműködésüket köszönjük:

Dabas, 2023.01.03.

Az Iskola-egészségügyi Szolgálat  
BÁLINTNÉ REISZKI ZSUZSA  
Iskolavédőnő

**Szülői /gondviselői nyilatkozat**

Alulírott nyilatkozom, hogy az általam adott információk a valóságnak megfelelnek:

.....  
Szülő/ gondviselő aláírása

Alulírott hozzájárulok, hogy gyermekemet az iskola-egészségügyi szolgálat dolgozói akut ellátás céljából gyógyszeres kezelésben részesítsék (megjegyzés: életveszély elhárításához hozzájárulás nem szükséges).

Kérjük a megfelelő választ aláhúzni:

igen - nem

Dátum: .....

Szülő aláírása: .....

Bálintné Reiszki Zsuzsa  
Ifjúsági védőnő  
Tel.:06 20/ / 420 95 61;  
E-mail: iskolavedono.kzs@icloud.com

***Együtműködésüket köszönjük! Adataikat az 1992. LXIII. törvénynek megfelelően kezeljük és tároljuk!***