

Intézmény OM azonosítója és neve:

**038484 003 Kozmutza Flóra Általános Iskola és Szakiskola Csongrádi Tagintézménye**

**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: Csongrád,

szülő/törvényes képviselő aláírása