

Érd, Alsó u. 21.

9. évfolyam

A tanuló neve:.....osztálya.....
Társadalombiztosítási kártya száma /TAJ/:.....
Lakcím:.....
Születési hely:.....év.....hó.....nap..... Születési súly.....gr.
Terhesség/ szülés lefolyása: iker-sima- veszélyeztetett /császármetszés- koraszülés- vacuum

A tanuló édesapjának neve:.....

A tanuló édesanyjának lánykori neve:.....

Gondviselőjének neve:..... Tel.:.....

Testvérek: Szül.éve/neme: fiú/lány:..1...../.....2...../.....3...../.....4...../.....

Testvérek betegsége/i/:..1.....2.....3.....4.....

Szülőknél előfordult örökölhető betegségek,pl.:magas vérnyomás, szív-és érrendszeri betegségek, daganatos betegség, cukorbetegség, látás-és hallásproblémák, csontrendszeri elváltozások,
Anyja:.....Apa.....
Anyja családja.....Apa családja.....

A tanulónál előfordult vagy jelenlegi betegség, pl.: tüdő, szív, vese, idegrendszeri, mozgásszervi, látásprobléma, egyéb. **Kérjük a betegséggel kapcsolatos leletek fénymásolatát mellékelni.**
Betegség kezdete, hol gondolják:.....

Állandó gyógyszer:.....

Kórházi kezelés: nem -igen. év:.....kórház neve.....:

Diagnózis:.....

Műtéten átesett:.....év.. Diagnózis:.....

Gyermekkori fertőző betegségei:.....vércsoportja.....

Kötelező védőoltásait megkapta: igen/ nem. mit nem kapott meg?.....

7. osztályban kapott Hepatitis oltások időpontja:I.20.....II.20.....

Testnevelésből felmentett volt legalább egy évig, mikor, miért?.....

Ha testnevelés felmentés most is indokolt kérjük a szakorvosi lelet másolatát!

Szemüveget visel -nem- ha igen hány dioptriát:.....

Gyógyszerérzékenység: nincs-ha van a gyógyszer neve

Allergia: nincs- van (mi okozza).....

Fejlődési rendellenesség: nincs, van.....

Rendszeresen sportol:nem-igen.....sportág:.....

A gyermek házi orvosának neve ,tel. száma:.....

A Szülő egyéb észrevétele:.....

Előző(általános) iskola neve címe.....

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelőek. A tanuló egészségi állapotában bekövetkező változásról az iskola-egészségügyet haladéktalanul tájékoztatom.

Az iskolában a kötelezően végzendő vizsgálatokat tudomásul veszem, és hozzájárulok hogy gyermekem betegség esetén a szükséges gyógyszert megkapja.

Érd, 20.....hó..... nap.....

.....
Szülő aláírása