



DEÁK

SZÉKESFEHÉRVÁRI SZC DEÁK FERENC
TECHNIKUM ÉS SZAKKÉPZŐ ISKOLA

8000 Székesfehérvár, Károly János u. 32.
Tel.: 06 - 22 / 505 - 222, 505 - 223
Honlap: www.deaksuli-fehervar.hu
E-mail: titkarsag@deaksuli-fehervar.hu
OM azonosító: 203053/007

Egészségügyi nyilatkozat

Alulírottszülő/gondviselő, nyilatkozom,
hogy gyermekem.....9/.....osztályos tanuló
született.....anyja neve:.....
lakcím:.....

az alábbi felsoroltak közül valamely betegségben szenved, amely az integrált oktatás részét képezi,
illetve valamelyik pont érvényes rá.

A megfelelő szöveg aláhúzendő, kitöltendő

- a) tartós beteg (TB) igen:, nem
b) sajátos nevelési igényi (SNI): igen nem
c) egyéb magatartási vagy beilleszkedési zavar (BTMN) igen nem
d) egyéb, olyan állapot ami fontos lehet a közösségben vagy osztálykiránduláson eltöltött idő szempontjából (fóbia, epilepszia, stb.....)

e) Gyermekem:

- | | | |
|--|------|-----|
| - tartósan gyógyszer szed (ha igen akkor a neve:.....) | igen | nem |
| - korábban vizsgálták nevelési tanácsadóban | igen | nem |
| - árvaellátásban részesül | igen | nem |
| - szakértői véleménnyel rendelkezik | igen | nem |
| - a tanuló utógondozott | igen | nem |
| - a tanulót gyám neveli | igen | nem |
| - a tanulót a jegyző védelembe vette | igen | nem |
| - a tanuló átmeneti gondozásban áll | igen | nem |
| - szakértői véleménnyel rendelkezik | igen | nem |

- f) Eltartott testvérek száma (a tanulóval együtt).....fő
Születési idő: 1,.....2,.....3,.....4,.....5,.....

- g) Rendszeres gyermekvédelmi támogatást esetén a szülők gondviselők végzettsége magasabb,
mint 8 általános

Apa: igen nem

Anyja: igen nem

Ha fentiekről valamilyen igazolással, szakértői véleménnyel rendelkezik (SNI, BTM, TB, rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény stb) kérem annak fénymásolatát csatolni!

Dátum: Székesfehérvár,.....

.....
aláírás