

Kedves Szülők!

Segítségüket szeretném kérni, hogy gyermekük az iskolában is a legnagyobb odafigyelésben részesüljön. Az alábbi kérdőív kitöltésének segítségével hozzájárul ennek megvalósulásához.

Gyermek név: _____ Születési hely, idő: _____

Anyja leánykori neve: _____ Apa neve: _____

Lakcím: _____

Gyermek háziorvosa: _____

Korábbi műtét/ek: (évszám, diagnózis)

Korábbi baleset/ek: (évszám, rövid leírás)

Ismert betegség/ek: (kérném, ha ilyen fennáll csatolja a zárójelentés, lelet másolatát)

Rendszeresen szedett gyógyszer:

Étel allergia/intolerancia: -feltételezhető* -orvosilag bizonyított*

Egyéb allergia: _____

Gyógyszerérzékenység: _____

Szükség esetén értesítendő név, telefon: _____

Iskolában kaphat-e gyermeke szükség esetén gyógyszert (lázcsillapító, fájdalomcsillapító, görcsoldó stb.)

igen*

nem*

Egyéb információ a gyermekről, amit fontosnak tart:

Kérném szépen, hogy szeptemberben hozza magával ezt a kitöltött **nyomtatványt**, valamint gyermeke **egészségügyi kiskönyvét** (védőoltásokkal) vagy annak fénymásolatát.

Együttműködését köszönöm!

Marosné Mausz Angyal
iskolavédőnő

*: megfelelő aláhúzendó