Intézmény OM azonosítója és neve:

**NYILATKOZAT**

Alulírott .....(név)

.....

(cím: település, utca, házszám) alatti lakos, szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy

…… nevű,……

évfolyamra járó gyermekem fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált:

Igen / Nem

*(Aláhúzni a megfelelőt.)*

Allergiát kiváltó ok: …….

Sürgősségi teendő: …….

**Tudomásul veszem az Nkt. 72. § (1a) bekezdésében foglaltakat**, miszerint:

„A szülő kötelezettsége, hogy a nevelési-oktatási intézménnyel óvodai vagy tanulói jogviszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről

a) **a beiratkozással egyidejűleg**, vagy

b) a diagnózis ismertté válását követően haladéktalanul

tájékoztassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.”

Dátum:

.....

szülő/törvényes képviselő aláírása