**Tisztelt Szülő/ Gondviselő!**

Felhívjuk figyelmüket az alábbiakra:

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

**NYILATKOZAT**

Alulírott ……………………………………………… ( szülő/gondviselő neve)

nyilatkozom, hogy gyermekem ………………………………………………….

* fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált, vagy
* fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotú

 igen nem

Amennyiben „igen”, a diagnosztizált betegség neve: ............................................

…………………………………………………………………………………….

Megteendő sürgősségi intézkedés: ………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

Életmentő gyógyszer neve: ………………………………………………………

Budapest, 2024. 04.18. …..………………………………

 szülő/gondviselő