

A tanuló neve:.....osztálya.....

A tanuló születési neve:.....

Társadalombiztosítási kártya száma /TAJ/:.....

Lakcím:.....

Születési hely:.....év.....hó.....nap..... Születési súly.....gr.

Terhesség/ szülés lefolyása: iker-sima- veszélyeztetett /császármetszés- koraszülés- vacum

A tanuló édesapjának neve:.....Tel:.....

A tanuló édesanyjának lánykori neve:.....Tel:.....

Szülők együtt élnek: Igen / Nem Ha nem:Gondviselő neve.....Tel.számTel.számTel.szám

Testvérek száma:.....születési éve:..1.....2.....3.....4.....5.....

Testvérek betegsége/i/:..1.....2.....3.....4.....5.....

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

Anya:.....Apa.....

Anyja családja.....Apa családja.....

A tanulóknál előfordult vagy jelenlegi betegség, pl.: tüdő, szív, vese, idegrendszeri, mozgásszervi, látásprobléma, egyéb. **Kérjük a betegséggel kapcsolatos leletek fénymásolatát !**

Betegség kezdete, hol gondozzák:.....

Állandó gyógyszere:.....

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

Diagnózis:.....

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

Törés:

Gyermekkori fertőző betegségei:.....

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

6.osztályban kapott oltások ideje:Di-Per-Te(Boostrix).....MMR.....

7. osztályban kapott Hepatitis(EngerixB) oltások időpontja:I.....II.....

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... ..ha van .mire.....

Fejlődési rendellenesség:.....nincs, ha van.....

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

A gyermek házi orvosának neve:.....

A Szülő egyéb észrevétele:.....

Előző iskola neve címe.....**Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A tanuló egészségi állapotában bekövetkező változásról az iskolaorvost haladéktalanul tájékoztatom.****Az iskolában a kötelezően végzendő vizsgálatokhoz hozzájárulok.**

Gyál,év.....hó..... nap

Szülő aláírása