

Érd Fácán köz 35

9. évfolyam

A tanuló neve:.....osztálya.....
Társadalombiztosítási kártya száma /TAJ/:.....
Lakcím:.....
Születési hely:.....év.....hó.....nap..... Születési súly.....gr.

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

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

E-mail címe:.....

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

E-mail címe:.....

Gondozójának neve:.....Tel.szám szükség esetén:.....

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

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

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

Anyja:..... 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:.....

Gyermeekkori fertőző betegségei:.....

Törések:.....

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

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

7. osztályban kapott Hepatitis oltások időpontja:I..... II.....

7. osztályban kapott HPV 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, van.....

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

A gyermek házi orvosának neve ,tel.száma.:.....

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.

Gyermekekre vonatkozó gondozási tervet 1 példányban átvettem.

ÉRD,év.....hó..... nap

.....

szülő aláírása