

# NYILATKOZAT

fokozott kockázatú allergiás betegségről

Név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Kijelentem, hogy gyermekem:

Név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

fokozott kockázatú allergiás betegséggel

diagnosztizált

nem diagnosztizált

Tudomásul veszem, hogy fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről

tájékoztatom a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles vagyok gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig magánál tartja.

Tata, 2025. ....

\_\_\_\_\_  
Aláírás