MATE Móricz Zsigmond Mezőgazdasági Technikum, Szakképző Iskola és Kollégium

**7400 KAPOSVÁR, Guba Sándor u. 40.**

**Tel/fax: 00-36-82 510-207, Kollégium tel: 82/505-601**

**E-mail cím**: titkarsag.moricz@uni-mate.hu

**Szülői/törvényes képviselői egészségügyi nyilatkozat kollégiumi beköltözéshez**

**2023/2024 tanév**

Kollégista gyermek neve: ………………………….

Anyja neve: ………………………………………..

Születési helye, ideje: ………………………………

Lakcíme: …………………………………………..

Gyermek TAJ száma: ……………………………...

Alulírott szülőként/törvényes képviselőként nyilatkozom arról, hogy gyermekemen az alábbi tünet[[1]](#footnote-1)

– **torokfájás, láz: észlelhető / nem észlelhető;**

**– hányás: észlelhető / nem észlelhető;**

**– hasmenés: észlelhető / nem észlelhető;**

**– bőrkiütés: észlelhető / nem észlelhető;**

**– sárgaság: észlelhető / nem észlelhető;**

**– egyéb súlyosabb bőrelváltozások, bőrgennyesedés: észlelhető / nem észlelhető;**

**– váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás: észlelhető / nem észlelhető,**

**valamint gyermekem tetű-, és rühmentes.**

**Gyógyszerallergia: nincs / van, éspedig:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Étel érzékenység: nincs / van éspedig:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő neve: ……………………..........

lakcíme:…………………………………………………………………………..

Telefonszáma:………..............................

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2023. évi, fentiekben megjelölt kollégiumi beköltözéshez adtam ki.

Kaposvár, 2023. ………………..

………………………………………………………

szülő/törvényes képviselő aláírása

1. Aláhúzással kérjük jelölni! [↑](#footnote-ref-1)