

Tanulói adatlap

Kitöltve és lezárt borítékban kérem szépen visszaküldeni!

Név: _____ Taj szám: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____

születési súly: _____ g szülés: normál / császár / fogó / vákuum

Apa neve: _____ telefon: : _____

Anya lánykori neve: _____ telefon: : _____

Gondviselő neve: _____ telefon: _____

Lakcím, irányítószámmal: _____

Tartózkodási hely: _____

Előző iskola neve: _____

Pontos címe (irányítószám is): _____

A gyermeknek milyen fertőző betegsége volt, mikor?

Báránymély: _____ egyéb: _____

Egyéb betegségek: /szív, vese, stb./ neve, ideje: _____

Kórházi tartózkodás helye: _____

Műtétek és idejük: _____

Rendszeres gondozás, ellenőrzés esetén annak helye, a gondozó orvos neve:

GYÓGYSZER ÉRZÉKENYSÉG: _____

Allergia esetén az előidéző ágens neve, valamint a megnyilvánulás tünete: _____

Rendszeresen szed-e gyógyszert, ha igen, mit? _____

Szemüveget visel-e? (D,+vagy -lencse) _____

Gyógytornára vagy gyógytestnevelésre járt-e, ha igen akkor hová? _____

Sportol-e versenyszerűen vagy hobby szinten? _____

Testvérek adatai:

Név:	Születési idő:	Egészségi állapot /egészséges-e vagy sem/
------	----------------	--

1. _____

2. _____

3. _____

Háziorvos neve, elérhetősége: _____

Oltási könyvét (másolat is jó) kérjük mellékelni!

GYERMEKEMNEK ELTITKOLT BÉTEGSÉGE NINCS

A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ AKTUÁLIS ADATOK
(Kérem X-szel jelölni!)

Betegség:	Anya/ családja	Apa/ családja	Testvér(ek)
Szív- érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomori- bérendszeri betegség			
Krónikus vese- és húgyúti betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri/ elmebetegség			
Fejlődés rendellenesség, öröklődő betegség			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás, vakság			
Nagyothallás, sükettség			
Egyéb			

Budapest, 2017.

.....
Szülő aláírása

Köszönettel:

Krasznai Zita
iskolavédőnő

Dr. Galló Judit
iskolaorvos