



## Adatlap

Gyermek (tanuló) teljes neve:	
Oktatási azonosító száma:	
Óvoda megnevezése:	
Személyi igazolvány száma:	
Gyermek TAJ száma:	
Születési helye, ideje:	
Gyermek lakcíme:	
Anyja születési neve:	
Anyja lakcíme:	
Anyja telefonszáma:	
Anyja email címe:	
Munkahelye:	
Apa (gondviselő) neve:	
Apa lakcíme:	
Apa telefonszáma:	
Apa e-mail címe:	
Munkahelye:	
Értesítési cím: (ha nem egyezik meg az állandó lakhellyel)	
Allergia megnevezése, ha van*:	
Adrenalin autoinjectorral rendelkezik-e? (EPIPEN, Anaphylaxia esetére)	

\*Kérjük, a diagnózis ismertté válását követően haladéktalanul tájékoztassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.

Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, a válaszokat jelölje be X-szel!

Testvére, szülője tartósan beteg, vagy fogyatékkal élő (Orvosi lelet bemutatása szükséges az 1. tanítási napon, vagy e-mailen küldve.)

Testvére az adott intézmény tanulója. (Név, osztály: \_\_\_\_\_)

A szülő munkahelye az iskola 1 km-es körzetében található. (Munkáltatói igazolás csatolása e-mailen, vagy az első tanítási napon kérjük bemutatni.)

Az iskola a lakóhelyétől, vagy tartózkodási helyétől egy kilométeren belül található.

Körzetes tanuló

Hány évet járt óvodába?      1 év       2 év       3 év       4 év

Választott tanító néni(k) neve:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Egyéb megjegyzés:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Miskolc, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Szülő aláírása

\_\_\_\_\_  
Szülő aláírása