**EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV**

Szülő által kitöltendő

**A tanuló adatai**

* neve:
* lakcíme:
* szül.helye és ideje:
* anyja leánykori neve:
* apa (gondviselő) neve:
* TAJ száma:
* Tetanus oltást kapott-e? (ha igen, mikor):
* Rendszeresen szed-e gyógyszert? (ha igen, mit):
* Visel-e szemüveget? ( ha igen, milyet):

**A tanulónál volt-e, van-e?**

* Csípőficam, egyéb orthopediai elváltozás (gerincferdülés):
* Asztma, TBC, szívbetegség, vérzékenység, epilepszia, cukorbetegség (a megfelelő aláhúzandó)
* Allergia (ha igen, mire): egyéb betegség:
* Gyógyszerallergia (ha igen, mire):
* Eszméletvesztéses rosszulléte:
* Kórházi kezelés ( ha igen, miért):
* Műtét ( ha igen, milyen):
* Csonttörés (ha igen, milyen):
* Részképesség hiánya: dyslexia, dysgraphia, discalculia ( a megfelelő aláhúzandó)

**Kijelentem, hogy gyermekemnek tudomásom szerint más betegsége nincs.**

Dátum……………………………….

 …………………………………

 szülő aláírása

**Háziorvos által kitöltendő**

*Tisztelt Háziorvos Kolléga/Nő!*

*Fent nevezett gyermek szakmai alkalmasságának megítélése céljából kérjük, szíveskedjék közölni, hogy kezelés, gondozás alatt áll-e krónikus betegség miatt*

Dátum*…………………………………….*

 *……………………………………………*

Háziorvos aláírása