3. sz melléklet

NYILATKOZAT

1. A szülők együttesen gyakorolják a szülői felügyeleti jogot

Alulírott……………………………………………………………………………………………………(sz.n:………………………………..,szül:………………………………an:……………………….) és ………………………………………………………………………………………………......................(sz.n:……………………………..,szül:………………………………an:……………………………….)…………………………………………………………..………..szám alatti lakosok nyilatkozunk, hogy

kk. …………………………………………………………………………………………………………

(sz.n:……………………………..,szül:……………………….…………an:…………...……………….)

………………………………………………………………………….szám alatti lakos vonatkozásában

a szülői felügyeleti jogot együttesen gyakoroljuk.



 aláírás aláírás

1. Az egyik szülő gyakorolja a szülői felügyeleti jogot

Alulírott………………..…………………………………………………………………………………(sz.n:………………………………..,szül:………………………………an:……………………….) és …………………………..…………………………………………………………………......................(sz.n:……………………………..,szül:……………………………an:……………………………….)………………………………………………….………..………..szám alatti lakos nyilatkozom, hogy

kk. ………………………………………………………………………………………………………

(sz.n:…………………………..,szül:……………………….…………an:…………...……………….)

……………………………………………………………………….szám alatti lakos vonatkozásában

a mellékelt dokumentum\* alapján szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom.

\*szülők gyámhivatalban felvett nyilatkozata a szülői felügyeleti jog gyakorlásáról; másik szülő halotti anyakönyvi kivonata; Gyámhivatal határozata; Bíróság ítélete



 aláírás aláírás

3. Gvám(ok) a törvényes képviselő(k)

Alulírott……………………………………………………………………………………………………(sz.n:………………………………..,szül:………………………………an:……………………….) és ………………………………………………………………………………………………......................(sz.n:……………………………..,szül:………………………………an:……………………………….)…………………………………………………………….....………..szám alatti lakos(ok) nyilatkozom/ nyilatkozunk, hogy kk.………………………………………………………………….…………………

(sz.n:……………………………..,szül:……………………….…………an:…………...……………….)

………………………………………………………………………….szám alatti lakos vonatkozásában

a gyámhivatal………………..számú döntése alapján a törvényes képviseletet én/mi látom/látjuk el.

……………………………………… ………………………………………

 aláírás aláírás

**Nyilatkozat**

Alulírott……………………………………………………………………………………….(név)

………………………………………………………………………………………………(cím-település, utca, házszám) alatti lakos, szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy………………………………………………………………………………nevű gyermekem a 2020/2021 tanévben

hit. és erkölcstan

oktatásban kíván részt venni.

(A kívánt oktatást kérem egyértelműen, aláhúzással jelölje meg!)

Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozat a 2020/2021 . tanévre szól, azon módosítani a tanév

során nem tudok.

**Hit- és erkölcstan oktatás választása esetén kérem töltse ki a következőt:**

Gyermekem a(z)………………………………………………….. (egyház neve) egyház által

szervezett hit- és erkölcstan órán vesz részt a 2020 /2021 . tanévben.

Tudomásul veszem, hogy nyilatkozatommal egyidejűleg hozzájárulok gyermekem nevének a megjelölt egyház részére történő átadásához.

Dunavecse, 2020………………..

Tájékoztató

az Iskola-egészségügyi Szolgálat működéséről

Az iskola-egészségügyi ellátás az egészségügyi alapellátás részeként szolgálja a tanulók elsősorban betegségmegelőző jellegű egészségügyi ellátását.

A jogszabályi háttért a 11/1999. Eű. Min. rendelettel módosított 26/1997. NM. rendelet biztosítja. Az iskola-egészségügyi Szolgálat tagjai:

Iskolaorvos: Dr. Balázs Gizella— gyermek és ifjúsági orvos,

Iskolavédőnő: Nagyné Petővári Terézia

Védőnői fogadó Órák: Védőnői Szolgálat Dunavecse,Vasút u.8 Csütörtök: 12-14h. .tel: 06-78437-037/412me11ék 

Fő feladatunk a tanulók 2 évenkénti szűrővizsgálatával a tünetszegény betegségek korai felismerése. A vizsgálatot követően a tanulókat tájékoztatjuk a talált elváltozásokról és a további teendőkről. Szükség esetén szakorvosi beutalót adunk, kérjük a vizsgálatok eredményét mutassák be nekünk. Feladataink közé tartozik még a diáksport versenyek előtti, a pályaalkalmassági vizsgálatok végzése, az iskolai védőoltások adása, egészségnevelés.

Ha gyermekükkel kapcsolatban egészségügyi, magatartásbeli, lelki vagy egyéb probléma merül fel, készséggel állunk rendelkezésükre.

Tisztelettel:

 Dr. Balázs Gizella Nagyné Petővári Terézia

 Szülői nyilatkozat Tanuló neve•

Tisztelt Szülő! Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk kérjük válaszoljon a következő kérdésekre:

1. Van-e gyermekének gyógyszerérzékenysége, ha van, mire?…….…………………..
2. Milyen fertőző betegségen esett keresztül?..................................................................
3. Milyen betegségekkel és mikor feküdt kórházban?.....................................................

……………………………………………………………………………………………

1. Milyen műtéte, balesete, törése volt és mikór?............................................................

……………………………………………………………………………………………

1. Szív, tüdő, vese, mozgásszervi, egyéb betegségek miatt áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt? Milyen betegséggel, hol gondozzák?.................................................

………………………………………………………………………………………..

1. Rendszeresen szed-e gyógyszert, mit és mennyit?.......................................................

..........................................................................................................................................

1. Szülők, testvérek, nagyszülők részéről van-e magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség, asztma, rák, struma, mozgásszervi vagy egyéb betegség?

……………………………………………………………………………………………

Kériük, hogy a szülői nyilatkozattal együtt a tanulók hozzák magukkal a következőket:

o Kórházi zárójelentéseket, orvosi leleteket.

Alulírott az iskola-egészségügyi munkáról szóló tájékoztatást megkaptam, azt támogatom, az általam adott információk a valóságnak megfelelnek:

**Tisztelt Szülők!**

Egyre gyakrabban válik szükségessé, hogy különböző céllal fénykép, videó- vagy hangfelvételek készüljenek az iskolai életről. Ezeket a pedagógusértékelés rendszerében, a pályázatok elszámolása, vagy az iskolai arculatának bemutatása során használjuk fel, s így a tanulóinkról készült felvételek megjelenhetnek az iskola honlapján, a nyomtatott vagy az elektronikus sajtóba.

Kérjük, az alábbi nyilatkozat kitöltésével és aláírásával járuljanak hozzá, hogy amennyiben gyermekük szerepel egy ilyen fényképén-, videó-, vagy hangfelvételen, azt felhasználhassuk a fent felsorolt célokra.

 a Dunavecsei Református Kollégium

 vezetősége

NYILATKOZAT

Alulírott ……………………………………………………………………………………. ( a szülő vagy gondviselő teljes neve nyomtatott betűkkel) engedélyezem, hogy ……………………………………………………… nevű gyermekemről, a Dunavecsei Református Kollégiumban vagy az iskola által szervezett rendezvényen fénykép, videó- vagy hangfelvétel készüljön.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az iskola ezeket a felvételeket felhasználja honlapján, az írott vagy elektronikus sajtóban a gimnáziumban folyó oktató, nevelő munka bemutatására.

Dátum:………………………………………………………….

 …………………………………………………..

 szülő (gondviselő) aláírása