**Tisztelt Szülők!**

Az iskolai felvételhez egészségügyi alkalmassági vizsgálatra van szükség. Kérem, hogy az alábbi szülői nyilatkozatot, és családi anamnézist **szíveskedjenek kitölteni!** (nyomtatott betűkkel)

A vizsgálat helye: BMSZC Újpesti Két Tanítási Nyelvű Műszaki Technikum

 1041 Budapest, Görgey Artúr u. 26. – Orvosi szoba (I. emelet 217-es ajtó)

 Tel.: 06-1/369-6755 / 167-es mellék

A gyermek neve:………………………………………………………………………………………………………………………………………......

Születési helye, ideje:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Anyja leánykori neve: ………………………..……………………………………………………………………………………………………......

Lakcíme:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

TAJ száma: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Mely ágazatra jelentkezett?................................................................................................................................

Jelenlegi iskola neve, címe: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Gyermekre vonatkozó szülői nyilatkozat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elváltozások megnevezése, amely kizáró ok lehet, szakorvosi vélemény szükséges:** | Van/Igen | Nincs/Nem |
| * arc, és kéz torzító elváltozásai
 |  |  |
| * mindkét fül halláscsökkenése a beszédértés zavarával
 |  |  |
| * szívbetegség – kardiológiai vélemény szükséges
 |  |  |
| * epilepszia – neurológiai vélemény szükséges
 |  |  |
| * súlyos ortopédiai elváltozás – ortopédiai vélemény szükséges
 |  |  |
| * súlyos látáscsökkenés (+/- 6 dioptria felett)
 |  |  |
| * színtévesztés (elektronikai szakon)
 |  |  |
| * Nevelési Tanácsadó korábban vizsgálta
* ADHD, BTM, SNI, stb.
 |  |  |
| **Gyermeke valamilyen egyéb betegség miatt áll-e gondozás alatt?**Pl.: szemüveges, vesebetegség, cukorbetegség, asztma, allergia, magas vérnyomás, bőrbetegség, depresszió, emésztőrendszeri betegség, stb.**Amennyiben igen: zárójelentést, legutóbbi szakorvosi lelet másolatát kérjük, hozza magával a vizsgálatra!** |  |  |
|  |  |  |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert? (ha igen, mit?)Testnevelés alól volt-e felmentése? (jár-e gyógytornára, gyógyúszásra?) |  |  |
|  |  |  |

**Családi anamnézis (a családtagoknál előforduló betegségeket kérem, jelölje „x”-el)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Szív-, és érrendszeri betegségek | Légzőszervi betegségek | Daganat | Emésztőszervi betegségek | Anyagcsere betegségek | Pszichológiai betegségek | Egyéb |
| Apa/nagyszülő |  |  |  |  |  |  |  |
| Anya/nagyszülő |  |  |  |  |  |  |  |
| Testvér(ek) |  |  |  |  |  |  |  |

**Gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.**

………………………., ……………………év…………………hó…………..nap

 ……….……………………………………………………..

 Szülő/Gondviselő aláírása

***Kérem, hogy ezen nyilatkozatot, valamint a gyermek védőoltási kiskönyvét hozzák magukkal az alkalmassági vizsgálatra!***

Lehetőség szerint a gyermek ismerje a saját testsúlyát és magasságát!

**Köszönettel:** Dr. Hargitay Zoltán Juhász Anita

 iskolaorvos iskolavédőnő