**Nyilatkozat**

Alulírott………………………………..szülő/gondviselő nyilatkozom, hogy gyermekem ………………………………….…. (szül. hely:……………………..…………… szül. idő………..) fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált/nem diagnosztizált.

Gyermekem fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotú/nem fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotú.

Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.

Hajdúböszörmény, 2024. …….

…………………………………………

szülő/gondviselő