



11. Szemüveget/kontaktlencsét visel-e

(dioptria)?.....

12. Színtévesztő-e? Ha igen, melyik szint érinti?.....

13. Mit sportol szabadidejében?.....

14. Sajátos nevelési igényű pedagógiai ellátásban részesül/t-e a tanuló? IGEN NEM

**Családi anamnézis (szülők, nagyszülők, testvérek)**

Betegség	Anya családja	Apa családja	Testvér
Szív-érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomor- bélrendszeri betegség			
Krónikus vese- és húgyúti betegség			
Cukorbetegség/ <i>Diabetes</i>			
Elhízás			
Idegrendszeri/elmebetegség			
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb			

Alulírott ..... (Szülő/Gondviselő neve) büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak a valóságnak megfelelnek, a tanuló egészségügyi állapotával kapcsolatban nem titkolok el semmiféle betegséget, információt.

Budapest, .....

.....  
Szülő/Gondviselő aláírása

XIII. Kerület Egészségügyi Szolgálat Közhasznú  
Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság  
1139 Budapest, Szegedi út 17.  
IFJÚSÁGI ORVOSA  
ÁNTSZ KÓD: 330097009

Ifjúsági orvos:

.....  
Dr. Rác Fodor Anna  
ORVOS



Ifjúsági védőnő:

.....  
Mészáros Mónika  
1139 Budapest, Szegedi út 17.  
IFJÚSÁGI VÉDŐNŐ  
ÁNTSZ KÓD: 330097702