BEIRATKOZÁSI LAP
2024-2025-ös TANÉV
(Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!)

Tanuló (születési) neve:.....

Szül. hely, idő, állampolgárság:.....

Állandó lakhelye:.....

Telefonszáma (tanuló).....

Tanuló e-mail cím: .....

Tanuló lakása: .....

(amennyiben nem ez az állandó lakása)

Apja neve: .....

Gondviselő neve:.....

Anyja (születési) neve: .....

Telefon (mobil) elérhetősége (szülő): .....

Szülő e-mail cím: .....

Oktatási azonosító száma: .....

TAJ száma: .....

Adóazonosító jel: .....

Szem.ig.szám:.....

Bankszámlaszám: .....

Általános iskola neve:…….

Általános iskola e-mail címe:……

A fenti adatok hitelességét igazolom (szülő aláírása):.....

Milyen képzésre kíván beiratkozni? Kérjük, húzza alá!

Technikum (5 éves) ***Szakképző (3 év)***

Szakács ***Cukrász*** ***Pincér-vendégtéri szakember***

Vendéglátásszervezés (54 811 01-nappali 1 éves)

Érettségi felkészítő osztály (2 éves nappali) Érettségi felkészítő osztály (2 éves esti)

8 hónapos felnőtt képzés: cukrász - szakács - pincér

Osztály:……../ **nyelv:……**

……

ügyintéző aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott……...szülő az alábbiakban nyilatkozom arról, hogy ……nevű gyermekem szakértői, rehabilitációs bizottság, vagy nevelési tanácsadó szakértői véleménnyel:

rendelkezik / nem rendelkezik. (megfelelő rész aláhúzandó)

A szakértői vélemény alapján az alább felsorolt tantárgyakból kérem gyermekem mentesítését a minősítés és értékelés alól. A szakértői vélemény másolatát nyilatkozatomhoz csatolom.

tanuló neve	tantárgy

Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekem tekintetében változás áll be azt 15 napon belül köteles vagyok bejelenteni az iskolában.

Budapest, 2024. ....
szülői aláírás

E-napló…
beírási napló…
nyilvántartási táblázat….
Diákigazolvány NEK lap
KIR …

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉHEZ

- köznevelési intézmény részére köznevelési tevékenység ellátása érdekében során -

Alulírott

SZÜLŐ/GONDVISELŐ NÉV:	
CÍM:	
TELEFONSZÁM:	
E-MAIL CÍM:	

mint.…….……tanuló törvényes képviselője kijelentem, hogy jelen okirat aláírásával önkéntesen

HOZZÁJÁRULOK

hogy saját, valamint gyermekem általam rendelkezésre bocsátott adatait a BGSZC Giorgio Perlasca Vendéglátóipari Technikum és Szakképző Iskola (székhely: 1106 Budapest, Maglódi út 8..), mint adatkezelő köznevelési tevékenysége ellátása érdekében és során kezelje.

Adatkezelő a következő előzetes tájékoztatást adta meg részemre személyes adataim kezelésével összefüggésben: az adatkezelő fentiekben megjelölt célú adatkezelésének jogalapja a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. számú törvény (Nkt.) adatkezelésre vonatkozó rendelkezései, valamint az érintett hozzájárulása, amely egyértelmű és kifejezett. A fentiekben rögzített célú megkereséshez érintett egyértelmű, kifejezett hozzájárulását adja jelen nyilatkozat útján saját, valamint gyermeke adatainak vonatkozásában.

Kijelentem, hogy az Nkt. adatkezelésre vonatkozó rendelkezéseit, továbbá adatkezelő adatkezelési szabályzatát ismerem. Ezzel összefüggésben jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy adatkezelő az általam rendelkezésre bocsátott adatokat köznevelési feladatellátással összefüggésben, valamint jogszabályokban foglalt kötelezettségei teljesítése érdekében kezelje, továbbá szükség esetén harmadik személy részére továbbítsa.

Tudomásul vettem, hogy jogomban áll kérelmezni az adatkezelőtől a személyes adataimhoz való hozzáférést, személyes adataim helyesbítését, törlését, kezelésének korlátozását, jogom van az adathordozhatósághoz, hozzájárulásom időbeli határ nélküli visszavonásához, illetőleg panasszal fordulni a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz.

Kelt: Budapest, 2024. év _____ hónap _____ nap

_____

nyilatkozattevő

NYILATKOZAT

1) A szülők együttesen gyakorolják a szülői felügyeleti jogot

Alulírott .....

(születési hely: ..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....) és

....

(születési hely: ..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....)

szám alatti lakosok nyilatkozunk, hogy

kiskorú. .....

(születési hely: ..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....)

szám alatti lakos vonatkozásában

a szülői felügyeleti jogot együttesen gyakoroljuk.

....

aláírás aláírás

---

2) Az egyik szülő gyakorolja a szülői felügyeleti jogot

Alulírott .....

(születési hely:..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....)

szám alatti lakos nyilatkozom, hogy

kiskorú. .....

(születési hely:..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....)

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) Gyám(ok) a törvényes képviselő(k)

Alulírott .....

(születési hely:..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....) és

....

(születési hely:..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....)

szám alatti lakos(ok)

nyilatkozom/nyilatkozunk, hogy kiskorú. .....

(születési hely:..... , születési idő: ..... anyja neve.:.....)

szám alatti lakos vonatkozásában

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

....

aláírás aláírás

Tanuló neve: ..... osztály: .....

Tisztelt Szülők!

Az iskola-egészségügyi ellátás keretén belül munkánk része a tanulók rendszeres szűrővizsgálata és egészségi állapotuk nyomon követése.

Szűrő vizsgálatok	**évfolyam**
Tisztasági szűrés	szükség szerint
Testsúly, testmagasság mérés	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Színlátás vizsgálata	felvételkor, vagy 16 éves korban
Látásélesség vizsgálata	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Hallásvizsgálat	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Golyvaszűrés	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Mozgásszervek vizsgálata	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Vérnyomásmérés	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Belgyógyászati jellegű orvosi vizsgálat	felvételkor, 10. 12. évfolyamon és 16 éves korban
Szakmai alkalmassági vizsgálat/ felülvizsgálat	felvételkor, majd évente

Középiskolában életkorhoz kötött kötelező védőoltás nincs.
A technikumi és szakképzőiskolai képzésben kötelező a tanulók szakmai alkalmassági vizsgálata, melyet az iskola- egészségügyi szolgálat végez. (Iskolaorvos, védőnő)
Kérjük, hogy amennyiben változás áll be gyermeke egészségügyi állapotában (műtét, baleset, egyéb kórházi ápolás, krónikus betegség), a lelet, zárójelentés másolatát szíveskedjen eljuttatni az iskolaorvos vagy az iskolavédőnő részére!
Kérjük, hogy a kitöltött adatlapot, esetleges kórházi zárójelentéseinek, orvosi leleteinek fénymásolatát hozza magával az iskolai orvosi vizsgálatra vagy az első tanítási napon!
Az orvosi vizsgálaton be kell mutatni a tanuló oltási könyvét, 1 éven belüli tüdőszűrő és bőrgyógyászati leletet!
Aláírásommal igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, a rendeletben előírt kötelező szűrővizsgálatokról a tájékoztatást megkaptam és tudomásul vettem.

....
dátum szülő/gondviselő aláírása

Egészségügyi adatlap

Előző iskola neve: .....
Címe: .....
Személyi adatok
Tanuló neve, osztálya: .....
Anyja születési neve: .....
Tanuló születési helye, ideje:.....
Lakcíme:.....
TAJ száma:.....Testvéreinek száma: .....
Gondviselő neve; tel.sz. e-mail:.....
.....

Gyermeke egészségi állapotára vonatkozó adatok
I. Születési adatok
Időre született - koraszülött volt – túlhordott volt (húzza alá)
Sima szülés volt – császármetszés – vákuum (húzza alá)
Születési súly, hossz:.....
Van-e bármilyen veleszületett fejlődési rendellenessége, szülési sérülése? .....
.....

II. Gyermekkorában
Volt-e műtétje? Ha igen, akkor mikor, miért és hol műtötték? .....
.....
Ápolták-e kórházban egyéb okból? Ha igen, mikor, miért és hol? .....
.....
Volt-e csonttörése? Ha igen, mikor és mi tört el? .....
.....
Átvészelt fertőző gyermekbetegségei (pl. bárányhimlő, skarlát stb.): .....
.....
Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte, görcsrohama? igen – nem
Járt-e nevelési tanácsadóba? Pszichológushoz? .....
Ha igen, akkor miért és mikor? .....
.....

III. Jelenleg
Van-e gyermekének
- érzékszervi elváltozása (látás, hallás: .....
- mozgásszervi elváltozása (gerincferdülés, lúdtalp stb.) .....
- valamilyen krónikus betegsége (asztma, szív-érrendszeri, vese-, pajzsmirigy-, cukorbetegség, epilepszia, ekcéma stb.).....
- neurológiai vagy pszichiátriai betegsége: .....
- tanulási nehezítettsége, magatartásbeli zavara (pl. diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia, beszédhiba, hiperaktivitás, autizmus stb.) .....

.....

Jelenleg kezelik-e, ellenőrzik-e állapotát valamilyen egészségügyi intézményben?
Ha igen, hol és mi miatt?.....
Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, mit és milyen adagban?.....
.....
Van-e gyógyszerérzékenysége és mire?.....
.....
Van-e allergiás megbetegedése? (légúti-, bőr-, ételallergia, rovarcsípés, egyéb) .....
.....
Visel-e szemüveget, kontaktlencsét, hallókészüléket, lúdtalpbetétet, fűzőt vagy egyéb gyógyászati segédeszközt?.....

Kérjük a táblázatban **X**-el jelöljék a családba előfordult betegségeket!

Családban előforduló betegségek	Anya	Anyja családja	Apa	Apa családja	Testvér
Magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés					
Allergia, asztma					
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség					
Krónikus vese- húgyúti betegség					
Cukorbetegség					
Elhízás					
Idegrendszeri – pszichiátriai betegség					
Öröklődő betegség, fejlődési rendellenesség					
Rosszindulatú daganat					
Csökkentlátás/ vakság					
Nagyothallás/ süketség					
Egyéb betegség					

A fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs!

Szülő/Gondviselő aláírása:.....Dátum:2024. .....