**Kedves Szülők!**

Dr. Vanca Tamás iskolaorvos és Luptovics Anita ifjúságvédőnő vigyázunk gyermekük egészségére a Kecskeméti Bolyai János Gimnáziumban töltött évek alatt.

Munkák megelőző jellegű, gyógyítást nem végzünk.

**Feladataink:**

- Szűrővizsgálatok (0.,10., 12.évfolyamon) amennyiben szükségesnek látjuk, akkor szakorvoshoz irányítjuk gyermeküket.

- Testnevelési kategóriába sorolása szakorvosi lelet alapján történik, ha egy hónapnál tovább tart a testnevelés óra alóli felmentésre vonatkozó kérésük.

- Egészségnevelés osztályfőnöki órák keretein belül.

Védőnői fogadóóra: minden héten kedden és csütörtökön az iskolában (orvosi szoba) 8:30-14:00-ig.

**Elérhetőségünk**:

Luptovics Anita (védőnő) 76/482-071 (az iskola orvosi szobája) Email: anita.luptovics@gmail.com

Dr. Vanca Tamás (iskolaorvos) 20/933-6798

A testnevelés besorolást szeptemberben végezzük, pontos időpontjáról tanév kezdéskor adunk tájékoztatást. Testnevelés besoroláshoz szükséges szakorvosi leletet kérjük, hozzák magukkal!

Testnevelési csoportbesorolások:

I. könnyített testnevelés

II/A gyógytestnevelés + iskolai testnevelés

II/B gyógytestnevelés

III. testnevelés alóli teljes felmentés

Üdvözlettel: Dr. Vanca Tamás Luptovics Anita

iskolaorvos ifjúságvédőnő

✄…………………………………………………………………………………………….

**Kedves Szülők!**

**Kérjük, hogy az anamnézis lapot és a szülői nyilatkozatot töltsék ki, és hozzák el a beiratkozásra.**

Gyermek neve, születési dátum: …………………………………………………………

Szülő (gondviselő)neve, telefonszáma: ……………………………………………………

Iskola neve, ahol gyermeke az előző tanévet végezte: …………………………………….

**Az általános iskolás és a gimnáziumi tanulóknak két évente kötelező szűrővizsgálaton kell részt venniük az 1997.CLIV.törvény 81§(3), az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet(4/A§ ),49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet( 3.§ dd ) és a 26/1997. (IX.3) NM rendelet alapján.**

Az ifjúság egészségügyi szolgálat által kezelt személyes- és egészségügyi adatok kezelése megfelel az EU 2016/679 általános adatvédelmi rendeletében és a kapcsolódó adatvédelmi jogszabályokban foglaltaknak.

*Gyermeke gondozást igénylő betegségéről és a tanulmányi idő alatt történt egészségügyi változásokról az iskolaorvost értesíteni köteles.*

A fenti információkat és tájékoztatást tudomásul vettem, fent megadott személyes adatokat és a tanulmányi idő alatt keletkező újabb információk kezeléshez önkéntesen, minden külső befolyás nélkül beleegyezésemet adom.

Aláírásommal igazolom, hogy a fent leírtakat tudomásul veszem és elfogadom.

Dátum: …………………….. Szülő (gondviselő) aláírás