

NYILATKOZAT

Az etika és hit- és erkölcstan közötti választásról

(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)

Alulírott (szülő/gondviselő neve)
igazolom, hogy gyermekem a / tanév(ek) / (szülő/gondviselő neve)

etika / hit- és erkölcstan oktatásán kíván részt venni.
(megfelelő rész aláhúzendő)

Gyermekem neve:
OM azonosítója:
születési helye, ideje:
anya neve:

Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozat a / tanévtől érvényes, azon
módosítani csak írásban, minden év május 20-ig tudok, amely módosítás a következő tanévtől
lép érvénybe.

Hit- és erkölcstan oktatás választás esetén kérjük töltsé ki a következő részt is:

Gyermekem a(z) egyház által szervezett hit- és
erkölcstan órán vesz részt a / tanévtől.

Tudomásul veszem, hogy nyilatkozatommal egyidejűleg hozzájárulok gyermekem nevének és
osztályra megnevezésének a megjelölt egyház részére történő átadásához.

Kelt:

.....
Szülő/Gondviselő aláírása

NYILATKOZAT

Fokozott kockázatú allergiás betegségről

(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény (továbbiakban: Nkt.) 72. § (1a)
bekezdésében foglaltak szerint:

*„A szülő kötelezettsége, hogy a nevelési-oktatási intézménnyel óvodai vagy tanulói
jogi viszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképess, fokozott kockázatú
allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi
állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről
a) a beiratkozással egyidejűleg, vagy
b) a diagnózis ismeretétől függetlenül, követően haladéktalanul
tájékoztatassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az
életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.”*

Alulírott (szülő/gondviselő neve) gondviselő és/vagy
..... (tanuló neve) tanuló (OM azonosítója:)
.....; születési helye, ideje:
neve:;) nyilatkozom, hogy, gyermekemet fokozott kockázatú
allergiás betegséggel diagnosztizálták **igen / nem**
Betegség megnevezése:
Gyógyszer megnevezése:

Kelt:

.....
Szülő/gondviselő aláírása

NYILATKOZAT

Fényképek és videófelvételek nyilvánossággra hozataláról

(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)

Alulírott(nyilatkozattevő neve)
hozzájárulok/nem járulok hozzá (megfelelő rész aláhúzendő) ahhoz, hogy
.....tanulóról (oktatási
azonosítója:.....születési helye,
ideje:....., anyja
neve:.....) az iskolai tanulmányok ideje alatt az
intézmény rendezvényein készült fotók és videófelvételek a Székesfehérvári
Vörösmarty Mihály Általános Iskola és az intézménnyel együttműködésben lévő
egyesületek honlapján, felületein megjelenjenek kizárólag az iskola
népszerűsítése érdekében.

Amennyiben nyilatkozatom vissza kívánom vonni, úgy az írásban jelzem az
intézmény felé.

Székesfehérvár,

.....
alíírás

NYILATKOZAT

Tájékoztató megismeréséről a diákigazolvány igénylésével kapcsolatban

igénylés menete:

Kérünk minden tanulót, hogy menjen el bármelyik Okmányirodába, ott

- fotót készítenek és
- kiállítanak egy ún. „Nemzeti Egységes Kártyarendszer Adattlap”-ot.

Ezt az adatlapot kérjük az iskolába leadni.

A diákigazolvány igénylése és elkészítése ingyenes!

Átvétele:

A diákigazolványok gyártója az elkészült igazolványokat az iskolába fogja
postáznii

Alíírásommal igazolom, hogy a tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

Székesfehérvár,

.....
alíírás

NYILATKOZAT

Intézmény adatvédelmi tájékoztató és a Házirend elfogadásáról

(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)

Alulírott (szülő/gondviselő neve)
gondviselő és/vagy (tanuló neve)
tanuló (OM azonosítója:; születési helye, ideje:
.....; anyja neve:)
.....) aláírással igazolom, hogy elolvastam a(z)
Székesfehérvári Vörösmartny Mihály Általános Iskola adatvédelmi
tájékoztatóját és házirendjét, azok tartalmát megértettem és tudomásul vettem.

Kelt:

.....
Szülő/gondviselő aláírása Tanuló aláírása

NYILATKOZAT

Az iskolai távozás módjának engedélyezéséről

(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)

Alulírott (szülő/gondviselő neve)
gondviselő kérem, hogy gyermekem
..... (tanuló neve) (OM
azonosítója:; születési helye, ideje:
.....; anyja neve:),
.....) aki a
..... osztály tanulója a 20...../20..... tanévben az alábbi
időpontokban távozhasson az iskolából:
Hétfő:
Kedd:
Szerda:
Csütörtök:
Péntek:

- Az alábbi kísérekkel:
- egyedül hazaengedhető
- szülő/gondviselő kíséri
- lehetőséges egyéb kísérek:
.....

(A kívánt kísérdí formát egyérelmi aláírással jelölje meg!)

Kelt:

.....
Szülő/Gondviselő aláírása