**GYÓGYTESTNEVELÉS JELENTKEZÉSI LAP**

2025/26.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gyermek neve** |  |
| **Osztálya** |  |
| **Iskola neve és címe**Újpesti Károlyi István Általános Iskola és Gimnázium (Aláhúzandó, ha ez a gyermek iskolája) **Osztályfőnök neve:** |  |
| **Oktatási azonosító** |  |
| **TAJ szám** |  |
| **Születési hely és idő** |  |
| **Anyja leánykori neve** |  |
| **Gyermek lakcíme** |  |
| **Gondviselő neve** |  |
| **Gondviselők telefonszámai** |  |
| **Gondviselő e-mail címe - olvashatóan** |  |
|  KATEGÓRIA(bekarikázandó) | II/A II/B III. |
| Gyermek tudott betegségeiAllergia?Műtét?Stb. |  |
| **A gyermek mozgás-szervi, belgyógyászati. DIAGNÓZIS, amiért kéri az ellátást:** |  |
| SNI/BTM/ADHD, egyéb |  |
| Szülő egyéb fontos közlése a gyermekről |  |

A tájékoztatóban foglaltakat tudomásul vettem és kérem, hogy a gyermekem részt vegyen a gyógytestnevelési foglalkozásokon, valamint az adatok kezeléséhez hozzájárulok.

Budapest, 2025……………………………

 …………………………………………………

 Szülő/ Gondviselő aláírás