

Tanuló neve: .....  
Születési ideje: .....  
Iskola neve (jelen), osztály: .....  
Ha másik iskolából érkezett, előző iskola neve és címe: .....

### **Szülői/ Gondviselői tájékoztató – Védőnői gondozási terv (általános iskolás gyerekek)**

Gyermeke – tanulmányai folyamán, a hatályos jogszabályoknak megfelelően (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv., az iskola-egészségügyről szóló 26/1997. (XI.3.) NM rendelet és a szűrővizsgálati 51/1997. (XII.18.) NM rendelet értelmében) - az alábbi iskola-egészségügyi ellátásban részesül az általános iskolában:

- Kötelező szűrővizsgálatok a páros évfolyamokon – 2., 4., 6., 8. osztályban és a 16 éveseknél iskolavédőnői szűrővizsgálat (testi fejlődés mérése – testsúly, testmagasság, mellkőrfogat és értékelése, érzékszervek működése – látás, színlátás, hallásvizsgálat, vérnyomásmérés, golyvaszürés, mozgásszervek szűrése -lúdtalp, gerincelváltozások, pszichés, mentális, szociális, nemi fejlődés követése), majd belgyógyászati jellegű iskolaorvosi szűrővizsgálat.
- Kötelező védőoltások beadása az előírt korcsoportokban (jelenleg 6. és 7. osztályban) iskolaorvos által, a NNK által meghatározott időpontban.

Minden évfolyamon:

- személyi higiéné, tisztasági és tetvességi vizsgálat (negyedévente)
- iskolai helységek környezeti és higiénés ellenőrzése
- elsősegélynyújtás szükség esetén
- krónikus betegség miatt gondozottak állapotának figyelemmel kísérése, gondozása
- egészségnevelés-, fejlesztés meghatározott témakörökben (osztályfőnökkkel egyeztetve)
- testnevelési csoportbesorolás (szakorvosi lelet alapján), szükség esetén iskolai sportversenyek előtti vizsgálat
- pályaválasztás segítése
- kapcsolattartás szükség szerint iskola vezetésével, pedagógusokkal, gyógytornással, szülőkkel, háziorvossal, Szakszolgálatok munkatársaival, Gyermekjóléti Szolgálattal, stb.

Az aktuális szűrővizsgálatok/ védőoltások előtt, annak tényéről és idejéről tájékoztatjuk a szülőt/gondviselőt az iskola/osztályfőnök közreműködésével. A szűrővizsgálatokról leletet adunk, melyet gyermeke által juttatunk majd el Önhez, melyet kérünk megőrizni. Esetleges kérdés, probléma esetén állunk rendelkezésükre előzetes egyeztetést követően.

Iskola-egészségügyi Szolgálat



A fenti tájékoztatást tudomásul vettem. Kijelentem, hogy a nyilatkozatban szereplő adatok a valóságnak megfelelnek. Gyermekeknél eltitkolt betegsége nincs. Gyermekeknél előző és a tanulmányi ideje alatt jelentkező egészségügyi problémáiról (betegségek, műtét, baleset, stb.), adatváltozásról az iskola orvosát és védőnőjét tájékoztatom, leletek fénymásolatát rendszeresen eljuttatom a részükre. A gondozási tervet megismertem, amely az általános iskolai tanulmányok idejére vonatkozik.

Dátum: .....

Szülő/Gondviselő aláírása