

Gyermek neve:

Osztálya:

Kedves Szülő!

Kérjük, hogy az alábbi - gyermekére vonatkozó - kérdőívet pontosan kitöltve juttassa vissza az iskolába!

**LÉGUTI ALLERGIA:**

NINCS - VAN .....

Kezelésre használt gyógyszerek:

**ÉTEL ALLERGIA:**

NINCS - VAN.....

Kezelésre használt gyógyszerek:

**EGYÉB ALLERGIÁS MEGBETEGEDÉS:** NINCS - VAN.....

Kezelésre használt gyógyszerek:

**ASTHMA:**

NINCS - VAN.....

Kezelésre használt gyógyszerek:

**Volt-e a gyermekének súlyos, kórházi kezelést igénylő allergiás reakciója?**

**NEM - IGEN**

**Van-e a gyermekének súlyos allergia ellátására használt EPIPEN-je amit mindig magánál kell tartania?**

**NEM - IGEN**

**Szülő/gondviselő aláírása:**