

Gyermek neve:..... Kollégiumi száma:
Szülő telefonszáma:

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő/gondviselő neve):
(szül. hely, idő.: TAJ
hozzájárulok, hogy gyermekem/gondozottam (neve):
.....

kollégiumban tartózkodása ideje alatt az intézmény vezetője, vagy annak meghatalmazottja, a
gyermekemmel kapcsolatos hivatalos egészségügyi beavatkozás (pl. orvosi kezelés, foghúzás,
sürgős orvosi ellátás stb.) esetében eljárjon.

Debrecen,

.....
Szülő (gondviselő)

Gyermek neve:..... Kollégiumi száma:
Szülő telefonszáma:

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő/gondviselő neve):
(szül. idő.: TAJ hozzájárulok,
hogy gyermekem/gondozottam (neve):
kollégiumban tartózkodása ideje alatt az intézmény vezetője, vagy annak meghatalmazottja, a
gyermekemmel kapcsolatos hivatalos egészségügyi beavatkozás (pl. orvosi kezelés, foghúzás,
sürgős orvosi ellátás stb.) esetében eljárjon.

Debrecen,

.....
Szülő (gondviselő)