|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GYŐRI SZC LUKÁCS SÁNDOR JÁRMŰIPARI ÉS GÉPÉSZETI TECHNIKUM ÉS KOLLÉGIUM**  **KOLLÉGIUMI BEIRATKOZÁSI LAP 2025-2026** | | | | |
| **Személyes adatok** | | | | |
| Vezetéknév: | | Keresztnév: | | |
| Anyja leánykori neve: | | Anya telefonszáma: | | |
| Apja neve: | | Apa telefonszáma: | | |
| Törvényes képviselő neve: | | Törvényes képviselő telefonszáma: | | |
| Születési hely, idő: | | | | |
| Állampolgárság: | | Személyi igazolvány száma: | | |
| Adóazonosító jel: | | TAJ: | | |
| Állandó lakcím | | | | |
| Ir. szám: | Település: | Utca: | | Házszám: |
| Tartózkodási HELY | | | | |
| Ir. szám: | Település: | Utca: | | Házszám: |
| **Iskolai adatok** | | | | |
| Iskola neve: | | | | Osztály: |
| Osztályfőnök neve: | | | | |
| Gyakorlati hely: | | | | |
| Tanuló OM azonosítója: | | | | |
| **Egészségügyi adatok** | | | | |
| Tudomása szerint gyermeke érzékeny-e? (allergia, gyógyszer, étel stb**.) igen nem** | | | | |
| Ha igen, kérem, írja le pontosan, mire érzékeny! | | | | |
| Szed-e gyermeke rendszeresen gyógyszert? **igen nem** | | | | |
| Ha igen, milyen gyógyszert, miért, mióta, milyen adagolással? | | | | |
| Gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, hozzájárulok a kollégiumi gyógyszeres ellátásához, ha szükséges. | | | | |
| **Adataim a fentiekkel megegyeznek. A Házirend szabályait elfogadom, magamra nézve kötelezőnek tartom, károkozás esetén az okozott kárt megtérítem.** | | | | |
| **Szülő/gondviselő aláírása:** | | | Dátum: 2025. 08.31. | |
| **Tanuló aláírása:** | | | Dátum: 2025. 08.31. | |