SZÉKESFEHÉRVÁRI SZC VAJDA JÁNOS TECHNIKUM

Cím: 2060 Bicske, Kossuth tér 3. **OM azonosító:** 203053/017
Telefon: +36 70 198-6283 **E-mail:** titkarsag@vajdabicske.edu.hu
Weblap: https://vajdabicske.edu.hu **Adószám:** 15832159-2-07

AZ EURÓPAI PARLAMENT NAGYKÖVET ISKOLÁJA

Jelentkezési lap iskolai közösségi szolgálatra

Alulírott ..... (tanuló neve), mint a Székesfehérvári SZC Vajda János Technikum tanulója a ……../…….. tanévtől, az iskolai éveim során az alábbi területeken kívánok eleget kívánok tenni az összesen 50 óra közösségi szolgálatnak. (X-szel jelölendő!)

1.	az egészségügyi területen	
2.	a szociális és jótékonysági területen	
3.	az oktatási területen	
4.	a kulturális és közösségi területen	
5.	a katasztrófavédelmi területen	
6.	a környezet- és természetvédelemi	
7.	az óvodás korú, sajátos nevelési igényű gyermekekkel, tanulókkal, az idős emberekkel közös sport- és szabadidős tevékenység	
8.	bűn- és baleset-megelőzési területen folytatható tevékenység	

A végrehajtási rendelet szövege szerint a három dőlt betűvel szedett területen: az egészségügyi területen és a bűn-és baleset megelőzési területen minden esetben, a szociális területen pedig meghatározott esetekben szükség szerint mentort kell biztosítani.

.....
tanuló aláírása

Szülő/gondviselő nyilatkozata

a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben az iskolai közösségi szolgálat teljesítéséhez

A gyermek neve: ……
A gyermek születési dátuma: ……
A gyermek anyjának neve: ……
A gyermek TAJ száma: …….
További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”, stb.):
……..……

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.
Törvényes képviselő neve: ……
Lakcíme: ……
Telefonos elérhetősége: …….

Alulírott ……a fent nevezett tanuló szülője/gondviselője az iskolai közösségi szolgálat teljesítését a jelzett területeken támogatom és tudomásul veszem.

Dátum: ……..

.....
szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása