**Jelentkezési lap - iskolai közösségi szolgálatra**

Alulírott ……………………………………………… tanuló a HMSZC Remenyik Zsigmond Technikum .............. osztályos tanulója a …………/………… tanévtől az iskolai éveim során az alábbi területeken1 kívánok eleget 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.

**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.

**Együttes nyilatkozat:**

Hozzájárulok / Nem járulok hozzá, hogy iskolai rendezvényeken készült fotók kikerülhessenek az iskola honlapjára.

Hozzájárulok / Nem járulok hozzá, hogy a Fogadó Intézmények rendezvényein készült fotók kikerülhessenek az intézmény honlapjára. (megfelelő aláhúzandó)

Dátum: …………………………………………..

………………………………………............................…….. ………………………………………..................................……

szülő/törvényes képviselő aláírása tanuló aláírása