

## NYILATKOZAT

### A gyermek feletti szülői/gondviselői felügyeleti jogról

(A nyilatkozat releváns részeit nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni, valamint a megfelelő részt egyértelműen aláhúzni!)

Alulírott(ak) szülő(k)/gondviselő(k) ..... (tanuló neve) tanuló (OM azonosítója: .....; születési helye, ideje: ....., .....; anyja neve: .....)

feletti szülői felügyeletről felelősségem/ felelősségünk tudatában az alábbiakat nyilatkozom/nyilatkozunk.

#### 1. A szülők együttesen gyakorolják a szülői felügyeleti jogot

Szülő neve:(1) .....

(szül.név: ....., szül.h.,idő: .....  
anyja neve: ..... szem.ig.szám: .....,  
.....szám alatti lakos)  
és  
Szülő neve:(2) .....

(szül.név: ....., szül.h.,idő: .....  
anyja neve: ..... szem.ig.szám: .....,  
.....szám alatti lakos)

a szülői felügyeleti jogot együttesen gyakoroljuk

#### 2. Az egyik szülő egyedül gyakorolja a szülői felügyeleti jogot

Szülő neve: .....

(szül.név: ....., szül.h.,idő: .....  
anyja neve: ..... szem.ig.szám: .....,  
.....szám alatti lakos)

A melléklet dokumentum\* alapján a szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom.

\*- szülők gyámhivatalban felvett nyilatkozata a szülői felügyeleti jog gyakorlásáról, másik szülő halotti anyakönyvi kivonata, Gyámhivatal határozata, bíróság ítélete

### 3. Gyám(ok) a törvényes képviselő(k)

Gondviselő neve:(1) .....

(szül.név: ....., szül.h.,idő: .....

anyja neve: ..... szem.ig.szám: .....,

.....szám alatti lakos)

és

Gondviselő neve:(2) .....

(szül.név: ....., szül.h.,idő: .....

anyja neve: ..... szem.ig.szám: .....,

.....szám alatti lakos)

a szülői felügyeleti jogot együttesen gyakoroljuk

A Gyámhivatal ..... számú döntése alapján a törvényes képviselőket én látom /mi látjuk el.

Kelt: .....

.....

Szülő/Gondviselő(1) aláírása

.....

Szülő/Gondviselő(2) aláírása

### Adategyeztetés (anyakönyv szerint)

Gyermek neve:

osztálya:

Gyermek neve:(anyakönyv szerint)	
Születési helye:	
Születési ideje:	
Lakcím: (lakcímkártya szerint)	
Tartózkodási hely: (lakcímkártya szerint)	
Allampolgárság:	
Neme:	
Okt.azonosító szám: <small>(7-sel kezdődő 11 jegyű szám)</small>	
Diákigazolvány szám:	
TAJ szám:	
Adószáma:	
Hány évet járt óvodába és melyikbe?	
Anya neve: (ahogy használja)	
Anya születési neve:	
Anya lakcíme:	
Tartózkodási hely:	
Anya telefonszáma:	
Anya e-mail címe:	
Apa neve:	
Apa telefonszáma:	
Lakcíme:	
Tartózkodási hely:	
Apa e-mail címe:	
Gondviselő neve	
Gondviselő telefonszáma:	
Lakcíme:	

(Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni)

Az adatok hitelességéért felelősséget vállalok.

Kápolnásnyék, 2025. .... ,

szülő aláírása

Intézmény OM azonosítója és neve: 030175

Kápolnásnyéki Vörösmarty Mihály Általános Iskola és Gimnázium

## NYILATKOZAT

Alulírott .....(név)

..... (cím -

település, utca, házszám) alatti lakos, szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy

.....

nevű,.....évfolyamra járó gyermekem a 2025/2026-es tanévtől kezdődően

**etika**

**hit- és erkölcsstan**

oktatásban kíván részt venni.

*(A kívánt oktatást kérem egyértelműen, aláhúzással jelölje meg!)*

Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozat a 2025/2026. tanévtől érvényes, azon módosítani csak írásban, minden év május 20-ig tudok, amely módosítás a következő tanévtől lép érvénybe.

**Hit- és erkölcsstan oktatás választása esetén kérem, töltsse ki a következőt:**

Gyermekem a(z)..... (egyház neve) egyház által szervezett hit- és erkölcsstan órán vesz részt a 2025/2026. tanévtől.

Tudomásul veszem, hogy nyilatkozatommal egyidejűleg hozzájárulok gyermekem és osztálya megnevezésének a megjelölt egyház részére történő átadásához.

Kápolnásnyék, 2025.....

.....  
szülő/törvényes képviselő aláírása

## NYILATKOZAT

### Intézmény adatvédelmi tájékoztató és a Házirend elfogadásáról

*(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)*

Alulírott .....(szülő/gondviselő neve) gondviselő és vagy  
.....(tanuló neve) tanuló (OM azonosítója:  
..... születési helye, ideje: .....,.....anyja neve:  
.....) aláírással igazolom, hogy elolvastam a

**Kápolnásnyéki Vörösmarty Mihály Általános Iskola és Gimnázium** (intézmény neve) iskola  
adatvédelmi tájékoztatóját és házirendjét, azok tartalmát megértettem és tudomásul vettem.

Kelt: Kápolnásnyék, .....

.....  
Szülő/gondviselő aláírása

.....  
Tanuló aláírása

## NYILATKOZAT

### Fényképek és videófelvételek nyilvánosságra hozataláról

*(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)*

Alulírott .....(nyilatkozattevő neve) **hozzájárok /nem járok hozzá**  
a megfelelő rész aláhúzendó), ahhoz, hogy .....tanulóról az  
iskolai tanulmányok ideje alatt az intézmény rendezvényein készült fotók és videófelvételek a  
**Kápolnásnyéki Vörösmarty Mihály Általános Iskola és Gimnázium** intézmény honlapján,  
közösségi oldalain megjelenjenek.

Amennyiben nyilatkozatom vissza kívánom vonni, úgy azt írásban jelzem az intézmény felé.

Kelt.: Kápolnásnyék, .....

.....

aláírás

## NYILATKOZAT SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYRŐL

Alulírott (szülő neve).....

szül. hely:.....szül. idő:.....

nyilatkozom, hogy gyermekem (név).....

szül. hely: ..... szül. idő: .....

*szakértői véleménnyel rendelkezik* - *szakértői véleménnyel NEM rendelkezik*

**Amennyiben a gyermek rendelkezik szakértői véleménnyel, a szakértői vélemény alapján:**

*Sajátos nevelési igényű*

*beilleszkedési-, tanulási-, magatartási  
nehézséggel küzd*

Felhívjuk szíves figyelmüket, hogy a szakértői szakvéleményt a beiratkozásra feltétlenül hozzák magukkal!

.....

szülő/gondviselő

.....

szülő/gondviselő

Kelt.: Kápolnásnyék. 20.....

## Kérdőív: ételallergiáról, gyógyszerallergiáról és egyéb allergiás betegségről

Tájékoztatjuk, hogy az Nkt. 72. § (1a) bekezdésében foglaltakra:

„A szülő kötelezettsége, hogy a nevelési-oktatási intézménnyel óvodai vagy tanulói jogviszonyban álló, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált gyermeke fokozott figyelmet igénylő egészségi állapotáról és a megteendő sürgősségi intézkedésekről

a) a beiratkozással **egyidejűleg**, vagy

b) a diagnózis ismertté válását követően haladéktalanul

tájékoztatassa a nevelési-oktatási intézményt, továbbá köteles gondoskodni arról, hogy az életmentő gyógyszert a gyermek, tanuló mindig tartsa magánál.”

Gyermek neve: \_\_\_\_\_

Gyermek kora: \_\_\_\_\_

Gyermek évfolyama: \_\_\_\_\_

1. Tud-e ételallergiáról gyermekét illetően? Kérem a megfelelő válasz aláhúzni! **Igen** **Nem**

2. Ha igen, akkor milyen típusú ételallergia? Ha ismerik az ételallergia típusát, kérem, jelölje be milyen ételekre! Több válasz is lehetséges.

**tehéntej; tojás; földimogyoró; európai mogyoró; hal; búzafélék; szója; puhatestűek; kagylók; dió;**

**egyéb:** \_\_\_\_\_

3. Tud-e méh vagy darázscsípés allergiáról gyermekénél? Kérem aláhúzni! **Igen** **Nem**

4. Tud-e gyógyszerallergiáról gyermekénél? Kérem aláhúzni! **Igen** **Nem**

Ha igen, milyen típusú gyógyszerallergiáról tud?

Kérem, írja le! \_\_\_\_\_

Egyéb allergiás betegség:

---

Dátum:

Szülő/Gondviselő aláírása: \_\_\_\_\_



# IGÉNYLŐLAP – INTÉZMÉNYI GYERMEKÉTKEZTETÉS

## 2025-2026-os tanév/nevelési év

Kápolnásnyék Község Önkormányzata

2475 Kápolnásnyék, Fő utca 28.

Bankszámlaszám: 11736082-15364500-00000000

## ÉTKEZÉS MEGRENDELÉSE, MÓDOSÍTÁSA, LEMONDÁSA:

[szamlazas@kapolnasnyek.hu](mailto:szamlazas@kapolnasnyek.hu) vagy +36 30 151 5642

**ÉTKEZŐ NEVE:** .....

**Intézmény:** (a megfelelőt kérjük jelölni)

- Kápolnásnyéki Vörösmarty Mihály Általános Iskola és Gimnázium
- Kápolnásnyéki Napsugár Óvoda

**Osztálya/csoportja:** .....

**Állandó lakcím:** .....

**Számlázási név/cím:** .....

**Szülő/gondviselő neve:** .....

**Telefonszáma\*:** .....

**E-mail címe\*:** .....

**\*A telefonszám és az e-mail cím megadása fontos, mert az étkezési térítési díjakról így megfelelő tájékoztatást tudunk küldeni a megadott elérhetőségek valamelyikére!**

**IGÉNYELT ÉTKEZÉS:** (a megfelelőt kérjük jelölni)

**Az óvodában kizárólag tízórai, ebéd és uzsonna kérhető együttesen.**

- tízórai
- ebéd
- uzsonna

**DIÉTÁS ÉTKEZÉS BIZTOSÍTÁSÁT KÉREM:** (kizárólag szakorvosi igazolás alapján)

- nem
- igen, diéta típusa: .....

**KEDVEZMÉNYES ÉTKEZÉSRE JOGOSULT:** (Kérjük aláhúzni a megfelelőt: nagycsaládos, rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő, tartós beteg, családjában tartós beteget nevelő, jövedelemre tekintettel kedvezményesen étkező)

- nem
- igen

**Alulírott** ..... (szülő/gondviselő neve)

tudomásul veszem, hogy az étkezés megrendelése hónapról-hónapra folyamatosan történik ezen nyilatkozat alapján. Amennyiben a következő hónaptól nem igénylem gyermekem részére az étkezést, abban az esetben tárgyhót megelőző hónap 20-ig írásban jelzem a [szamlazas@kapolnasnyek.hu](mailto:szamlazas@kapolnasnyek.hu) e-mail címre. Iskola esetében az étkezési típus változását (tízórai, ebéd, uzsonna helyett például csak ebéd kérése) is az előbbi e-mail címre ([szamlazas@kapolnasnyek.hu](mailto:szamlazas@kapolnasnyek.hu)) jelzem a tárgyhót megelőző hónap 20-ig.

Amennyiben az igénylőlapon megadott adatokban változás áll be (lakcím, telefonszám, e-mail cím, gyermekek számának változása a családban), kérjük minél előbb írásban jelezni szíveskedjen a [szamlazas@kapolnasnyek.hu](mailto:szamlazas@kapolnasnyek.hu) e-mail címre!

**Kápolnásnyék, 2025.** .....

**Szülő/gondviselő aláírása:** .....

**Adatkezelés:** a fenti adatokat bizalmasan kezeljük és kizárólag kapcsolattartás és információnyújtás céljából használjuk fel.

# INTÉZMÉNYI GYERMEKÉTKEZTETÉS 2025-2026-os tanév/nevelési év

## FIZETÉSRE KÖTELEZETT (IGÉNYLŐ) NYILATKOZATA

**Alulírott** ..... (szülő/gondviselő neve),  
(születési helye:....., születési ideje:.....  
anyja neve: .....), mint fizetésre kötelezett (szülő/gondviselő)  
tudomásul veszem, hogy:

- a gyermekem részére megrendelt étkezés térítési díját havi rendszerességgel köteles vagyok készpénzzel vagy átutalással megfizetni az önkormányzat által kiállított számla alapján
- amennyiben gyermekem ingyenes étkeztetésben részesül tudomásul veszem, hogy a törvényi előírásoknak megfelelően köteles vagyok jelezni a gyermek távollétét betegség vagy egyéb hiányzás esetén is (írásban a [szamlazas@kapolnasnyek.hu](mailto:szamlazas@kapolnasnyek.hu) e-mail címre).

Az étkezést 2025. szeptember 1-től az veheti igénybe, akinek az előző tanévre/nevelési évre nincs fennálló tartozása.

Továbbá tudomásul veszem, hogy:

- az étkezést lemondani a tárgynapot megelőző nap 8.15 óráig tudom írásban a [szamlazas@kapolnasnyek.hu](mailto:szamlazas@kapolnasnyek.hu) e-mail címen
- kéthavi étkezési térítési díj elmaradása esetén az étkeztetést a második hónap végétől felfüggeszthetik, hátralék behajtását kezdeményezhetik felém
- az indított eljárás költségei engem terhelnek

A vonatkozó tájékoztatást átvettem, tartalmát megismertem.

Kápolnásnyék, 2025. ....

Szülő/gondviselő aláírása: .....

**Adatkezelés:** a fenti adatokat bizalmasan kezeljük és kizárólag kapcsolattartás és információnyújtás céljából használjuk fel.

## 8. melléklet a 328/2011. (XII. 29.) Korm. rendelethez<sup>81</sup>

### **NYILATKOZAT**

**a Gyvt. 21/B. § (1) bekezdés b)-d) pontja és a Gyvt. 21/B. § (2) bekezdése szerinti ingyenes vagy kedvezményes intézményi gyermekétkeztetés igénybevételéhez**

1. Alulírott ..... (születési név: .....,  
születési hely, idő ....., ..... anyja neve: .....)  
..... szám alatti lakos, mint a

1.1. .... nevű gyermek (születési hely, idő ....., .....  
anyja neve: .....),

1.2. .... nevű gyermek (születési hely, idő ....., .....  
anyja neve: .....),\*

1.3. .... nevű gyermek (születési hely, idő ....., .....  
anyja neve: .....),\*

szülője/más törvényes képviselője (a megfelelő aláhúzendó) a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 21/B. § (1) bekezdés b)-d) pontja és (2) bekezdése szerinti ingyenes vagy kedvezményes gyermekétkeztetés igénybevételét az alábbi jogcím alapján kérem, mivel a gyermek(ek):\*\*

a) rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül ..... év ..... hónap ..... napjától,

b) tartósan beteg vagy fogyatékos,

c) családjában három vagy több gyermeket nevelnek,\*\*\*

d) nevelésbe vételét rendelte el a gyámhatóság, vagy e) utógondozói ellátásban részesül.

2. Az étkeztetés biztosítását

kizárólag a déli meleg főétkezés, vagy

a déli meleg főétkezés mellett egy kísétkezés, vagy

a déli meleg főétkezés mellett két kísétkezés, vagy

kollégiumi, externátusi ellátás esetén a következő étkezések: .....

vonatkozásában kérem.

3. Kérem diétás étrend biztosítását: igen / nem (a választott lehetőség aláhúzendó!) a következő egészségi állapotra tekintettel: .....

4. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyúttal hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a gyermekétkeztetés normatív kedvezményének igénybevételéhez történő felhasználásához.

Dátum: .....

.....  
az ellátást igénylő  
(szülő, más törvényes képviselő,  
nevelésbe vett gyermek esetén  
az ellátást nyújtó nevelőszülő, intézményvezető,  
utógondozói ellátott fiatal felnőtt esetén  
az ellátást igénylő) aláírása

\* A pont csak akkor töltendő, ha az ugyanazon intézménybe járó több gyermeke után ugyanazon jogcímen igényli a szülő/más törvényes képviselő a normatív kedvezményt. Ha különbözik a jogcím, gyermekenként külön nyilatkozatot kell kitölteni. A gyermekek számának megfelelően a sorok értelemszerűen bővíthetők.

\*\* A megfelelő pont jelölendő!

\*\*\* A gyermekek számának meghatározásánál figyelembe veendő gyermekek köre: Az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező 18 éven aluli gyermek; a 25 évesnél fiatalabb, köznevelési intézményben nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevő, a nappali oktatás munkarendje szerint szervezett felnőttoktatásban részt vevő vagy felsőoktatási intézményben nappali képzésben tanuló gyermek és életkortól függetlenül a tartósan beteg vagy súlyos fogyatékos gyermek, kivéve a nevelőszülőnél ideiglenes hatállyal elhelyezett gyermek, valamint a nevelőszülőnél elhelyezett nevelésbe vett gyermek és utógondozói ellátásban részesülő fiatal felnőtt.



# ADATLAP

## DIÉTÁS ÉTKEZÉST IGÉNYLŐ FOGYASZTÓRÓL

**Csak friss (1 évnél nem régebbi) szakorvosi igazolást áll módunkban elfogadni!**

### Étkezést igénylő/Gondviselő tölti ki:

Fogyasztó neve*:	Születés ideje*:
Intézmény megnevezése* (óvoda, iskola):	
Diagnózis, igényelt diéta megnevezése: Allergénre való reakció súlyossága: enyhe/közepes/súlyos Tünetek: Igényelt étkezések száma/nap*:	
Étkezést igénylő/Gondviselő neve és elérhetősége (e-mail cím, telefonszám):	
Jelen adatlap kitöltésével és aláírásával hozzájárulok, hogy a Szolgáltató az általam megadott adatokat kezelje és nyilvántartsa az EU 2016/679 rendelete (általános adatvédelmi rendelet- GDPR) alapján. Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az adatok kezeléséhez adott hozzájárulását bármikor visszavonhatja, ebben az esetben az adatait töröljük, de ekkor a szolgáltatás teljesítésére a továbbiakban nincs módunk.	
Adatlap beküldésének időpontja:	Étkezést igénylő/Gondviselő aláírása:

### Prizma-Junior Zrt. (Szolgáltató) tölti ki

Dietetikus véleménye/javaslatja:		
Ellátó üzem:	Dátum (első szolgáltatási nap):	Dietetikailag biztosítható/ nem biztosítható
Diéta fajtája*:	Diéta betűkódja*:	Diétás/Érzékeny
Szakorvosi igazolás fajtája:	Szakorvosi igazolás dátuma:	
Szakorvosi igazolás fajtája:	Szakorvosi igazolás dátuma:	
Dietetikus aláírása:	Dátum:	
Szolgáltatásmenedzsment átvette	Dátum:	Aláírás:
Szolgáltatásmenedzsment átvette	Módosítás dátuma:	Aláírás:
Fogyasztó azonosító kódja:	Dátum:	Beállító aláírása
Diétás szolgáltatás megszüntetésének időpontja:	Dietetikus aláírása:	Dátum:
Diétás szolgáltatás megszüntetésének oka:		
Szolgáltatásmenedzsment osztály átvette	Aláírás:	Dátum:
Adatok (ld. *) átadása ellátó intézmény és üzem felé megtörtént.	Dietetikus aláírása:	Dátum: