

3. melléklet

Nyilatkozat gyermek egészségügyi ellátásra

Alulírott.....mint.....gyermek  
törvényes képviselője hozzájárulok, hogy az egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM  
rendelet által előírt egészségügyi feladatok ellátása során a Kispesti Egyesített Bölcsődék –  
Csillagfény Bölcsőde orvosa, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról  
szóló 2011. évi CXII. törvény és az Európai Parlament és a Tanács 2016/679. Rendelete  
személyes adatokra vonatkozó előírásainak alapján a gyermekem személyes adatait megismerje.

Gyermek neve:	
Bölcsőde megnevezése:	
Gyermek születési helye, ideje:	
Anyja neve:	
Gyermek TAJ száma:	

Budapest,.....

szülő/törvényes képviselő