

4. Orvosi alkalmassági vizsgálat

TAJ szám: _____

Név: _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím: _____

Látás

Visus bal: _____ jobb: _____

Színlátás: _____

Hallás: _____

Általános orvosi vizsgálat

Vérnyomás: _____ Pulzus: _____

Allergia és gyógyszerérzékenység: _____

Orthopediai vizsgálat

Orvosi vélemény, megjegyzés: _____

Diszlekszia, diszgráfia, egyéb tanulási nehézség: _____

A jelentkező a gyermekvasutas tanfolyamon és szolgálatokban:

részt vehet

nem vehet részt

A választ kérjük aláhúzni vagy bekarikázni!

_____, 20 ____ év _____ hó ____ nap

orvos aláírása
és bélyegzője