Öğrenci Sağlık Bilgi ve İlaç Kullanım Formu

2026-2027 Eğitim-Öğretim Yılı

Öğrencinin Adı Soyadı: .....

Sınıf / Şube: ..... / ..... Doğum Tarihi: ..... / ..... / .....

Formu Dolduran: .....

Bu form yalnız çocuğunuzun okulda sağlığı ve güvenliği için istenir. Bilgiler, yalnız bunun için bilmesi gereken okul personeliyle (sınıf ve branş öğretmenleri, nöbetçi öğretmen, okul idaresi) ve acil bir durumda sağlık ekipleriyle paylaşılır. Yıl içinde durum değişirse lütfen okula yazılı bildirin.

Sağlık Durumu

Kronik Hastalık: .....

Besin Alerjisi: .....

İlaç / Arı / Diğer Alerji: .....

Görme ya da İşitme Durumu: ☐ Sorun yok ☐ Gözlük ☐ İşitme cihazı ☐ Diğer

Okulda Dikkat Edilmesi Gerekenler: .....

Sürekli Kullanılan İlaç

İlacın Adı	Dozu	Saati	Ne İçin

Önemli

Okulda ilaç verilmesi, okul idaresinin belirlediği usule ve velinin yazılı talebine bağlıdır; reçetesiz ilaç verilmez ve öğretmen kendi başına ilaç uygulamaz. Acil bir durumda önce 112 aranır.

- ☐ Çocuğumun okulda yukarıdaki ilacı belirtilen doz ve saatte kullanmasına izin veriyorum
- ☐ Acil bir durumda en yakın sağlık kuruluşuna götürülmesine izin veriyorum

Acil Durumda Aranacak Kişiler

Adı Soyadı	Yakınlığı	Telefon

Kişisel Verilerin Korunması

Veri sorumlusu: ..... Okulu Müdürlüğü. Sağlık bilgisi özel nitelikli kişisel veridir (6698 sayılı KVKK m.6); yalnız çocuğun okulda sağlığının ve güvenliğinin korunması amacıyla, açık rızanızla işlenir. Form öğrenci dosyasında saklanır; çocuğunuz okuldan ayrıldığında ya da siz rızanızı geri aldığınızda okul idaresince imha edilir. KVKK m.11'deki haklarınızı (bilgi isteme, düzeltme, silme, itiraz) okul müdürlüğüne yazılı başvuruyla kullanabilirsiniz.

☐ Yukarıdaki bilgilendirmeyi okudum; çocuğumun sağlık bilgilerinin bu amaçla işlenmesine ve belirtilen kişilerle paylaşılmasına açık rıza veriyorum.

Veli	Sınıf Öğretmeni	Okul Müdürü
.....	.....	.....

Bu belge Ders Pusulası tarafından hazırlanmış bir TASLAKTIR; okulunuzun idaresi ve güncel mevzuatla teyit ederek kullanınız.
derspusulasi.com