**Megye kód:**

**Szolgáltató NEAK kódja:**

**Szolgáltató neve: ………………………………..**

**Intézményenként kitöltendő!**

**NEVELÉSI-OKTATÁSI INTÉZMÉNY IGAZOLÁSA**

**a nevelési-oktatási intézményben elhelyezettek, illetve tanulók létszámáról.**

**Benyújtandó: minden év október 31-ig, a szeptember 30-i állapot szerint.**

**20.…/20.… oktatási év**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szolgálat kódja | OM  azonosító | Nevelési-oktatási intézmények hivatalos megnevezése | Nevelési-oktatási intézmény székhelye/telephelye | Nevelési-oktatási intézménybe járó gyermekek létszáma\* | Gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott gyermekek létszáma | Óvodába járó gyermekek létszáma | Fenntartó a települési önkormányzat  Igen/Nem |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Egyesített intézményeknél az óvodás létszám nem itt, hanem a 7. oszlopban kell, hogy szerepeljen**!

8. oszlopnál a fenntartó megnevezése: ………………………………………………………..

Alulírott, a fenti nevelési-oktatási intézmény **Igazgatója** **igazolom** az irányításom alatt álló nevelési-oktatási intézmények létszámát, s egyben tudomásul veszem, hogy ezen létszámigazolás alapul szolgál az iskola-ifjúságegészségügyi szolgálatok orvosi, iskolavédőnői, valamint a területi védőnői szolgálatok finanszírozásának normatíva szerinti megállapításához.

Kelt: …………………., 20.…év…………hó….nap

|  |
| --- |
| ……………………………………. |
| Oktatási intézmény igazgatójának aláírása,  PH. |

Alulírott **Szolgáltató** az iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó szolgálatok adatairól az alábbiakban nyilatkozom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Feladatot ellátó orvos, ill. védőnő neve | Szolgálatok kódja: | Ellátottak létszáma\* |
|  | Isk.orvosi: |  |
|  |  |  |
|  | Iskolavédőnői: |  |
|  |  |  |
|  | Területi védőnői: |  |
|  |  |  |

\*Abban az esetben töltendő ki, ha az oktatási intézményt több szolgáltató orvos, ill. védőnő látja el.

Kelt: …………………..20..…év………….hó….nap.

|  |
| --- |
| …………………………………. |
| Szolgáltató  (cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti) |