



**Jelentkezési lap művészeti képzésre**

Név: ..... Apja (gondozó) neve:.....  
Szül. hely:..... Anyja szül.neve: .....  
Szül.év,hó,nap:..... Lakcíme: .....  
Tanuló OM azonosító száma: ..... Szülő tel. száma: .....  
Választott tanszak: .....  
Tandíj ellenében választott második tanszak: .....

**Alulírott (szülő) vállalom** az iskola 2026/2027-es tanév térítési díj rendeletében meghatározott díjak határidőig történő befizetését. (Mentesül a térítési díj fizetése alól az a tanuló, aki a 2011. évi CXC. köznevelési törvény 16.§ (3) bekezdés előírásának megfelelően hátrányos -, halmozottan hátrányos helyzetű, testi, érzékszervi (látási, hallási), közép súlyos és enyhe értelmi fogyatékos, továbbá autista. és erről az illetékes jegyzőtől kapott érvényes igazolást, valamint a Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Szakértői Bizottságának szakértői véleményét benyújtja az intézmény vezetőjének,)

**Tudomásul veszem,** hogy a beiratkozás a 2026/2027-es tanév egészére szól. Kivételes esetben igazgatói engedéllyel csak az I. félév befejezésekor szüntethető meg.

.....  
szülő aláírása

**Nyilatkozat**

a) Alulírott szülő nyilatkozom, hogy gyermekem a Sulyok István Református Általános Iskola és AMI tanulója, s ezzel egyidejűleg másik művészetoktatási intézménybe nem jár.

.....  
szülő aláírása

Alulírott szülő nyilatkozom, hogy gyermekem tanulója a(z) .....  
.....művészetoktatási intézménynek.  
(NEM a Sulyok István Református Általános Iskola és AMI tanulója!)

b) Nyilatkozom továbbá arról, hogy a gyermekem után járó állami normatív hozzájárulást a

Sulyok István Református Általános Iskola és AMI veszi / veheti igénybe.

.....(Művészetoktatási Intézmény)  
veszi / veheti igénybe. (NEM a Sulyok István Református Általános Iskola és AMI tanulója!)

.....  
szülő aláírása



c) Alulírott szülő nyilatkozom, hogy az alábbi igazolással/igazolásokkal rendelkezem.

hátrányos -, halmozottan hátrányos helyzetű

hat.sz.: ..... érvényes: ..... - .....

testi, érzékszervi (látási, hallási), középsúlyos és enyhe értelmi fogyatékos vagy autista gondozási

szám: ..... kontroll ideje: .....

.....

szülő aláírása

Kelt.: Komádi, 2026. ....