SZÜLŐI NYILATKOZAT

(KÉRJÜK OLVASHATÓAN, NYOMTATOTT BETŰVEL, FIGYELMESEN KITÖLTENI)

Gyermek neve:

Születési dátuma:

TAJ száma:

Lakcíme:

Édesanyja neve:

Nyilatkozom arról, hogy a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

(KÉRJÜK FIGYELMSEN ELOLVASNI! A megfelelő válasz bekarikázandó)

Láz	igen	nem
Torokfájás	igen	nem
Hányás	igen	nem
Hasmenés	igen	nem
Bőrkiütés	igen	nem
Sárgaság	igen	nem
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés ha igen, akkor mi: …….	igen	nem
Váladékozó szembetegség	igen	nem

A gyermek tetű és rüh mentes	**igen**	**nem**
Gyermekem teljesen egészséges, közösségbe mehet!	**igen**	**nem**

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő,

neve:

lakcíme:

telefonszáma:

e-mail címe:

Székesfehérvár, 2023. év hó nap

…….

szülő, a törvényes képviselő aláírása