

# Szülői nyilatkozat

1. A gyermek neve:

---

2. A gyermek születési dátuma:

---

3. A gyermek lakcíme:

---

4. A gyermek anyjának neve:

---

5. Nyilatkozat arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek azalábbi tünetek:

5.1.1 Láz

5.1.2 Torokfájás

5.1.3 Hányás

5.1.4 Hasmenés

5.1.5 Bőrkiütés

5.1.6 Sárgaság

5.1.7 Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés

5.1.8 Váladékozó szembetegség, gennyes fül-és orrfolyás

5.1.9 A gyermek tetű-és rühmentes

6. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

---

Lakcíme:

---

Telefonos elérhetősége: \_\_\_\_\_

---

Szülő aláírása

7. A nyilatkozat kiállításának dátuma: 2017. \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap