

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Szülő, törvényes képviselő neve: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

Gyermek neve: _____

Születési dátuma: _____

Lakcíme: _____

Anyja neve: _____

Aláírással igazolom, hogy fent nevezett gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- Láz
- Torokfájás
- Hányás
- Hasmenés
- Bőrkiütés
- Sárgaság
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- A gyermek tetű- és rühmentes

Gyermekem az alábbi tartós betegségben, ételallergiában szenved: _____

Kelt: _____, _____ év _____ hónap _____ nap

aláírás