

Nyilatkozat

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

A gyermek lakcíme:

A gyermek anyjának leánykori neve:

Ezúton nyilatkozom arról, hogy legjobb tudomásom szerint a felügyeletem alatt álló gyermekem a nyilatkozat kiállításának időpontjában a lent említett tünetek észlelhetőek/nem észlelhetőek:

- Láz: igen/nem
- Torokfájás: igen/nem
- Hányás: igen/nem
- Hasmenés: igen/nem
- Bőrkiütés: igen/nem
- Sárgaság: igen/nem
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés: igen/nem
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: igen/nem

Továbbá

- A gyermek tetű- és rühmentes: igen/nem
- 4 héten belül a gyermek környezetében, családjában, bármely közösségben, ahova a gyermek jár, fertőző betegség nem fordult elő: igen/nem.

(A megfelelő rész aláhúzendó!)

Budapest, 2020.(hónap).....(nap)

A törvényes képviselő aláírása:

A törvényes képviselő neve (nyomtatott betűkkel):

A törvényes képviselő lakcíme:

.....

A törvényes képviselő telefonos elérhetősége :