

**SZÜLŐI NYILATKOZAT
a tanuló egészségi állapotáról**

Alulírott, (szülő/képviselő neve), mint
..... nevű gyermek törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a mai
napon (közösségbe bocsátás dátuma), és az ezt megelőző 48 órában gyermekemnél a következő tüneteket
nem észleltem:

- Láz
- Torokfájás
- Nátha
- Köhögés, nehézlégzés
- Hányás, hasmenés
- Bőrkiütés
- Szemgyulladás
- Fül-fájás

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

A gyermek anyjának neve:

A gyermek TAJ száma:

Törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

Dátum:

.....
szülő / gondviselő / törvényes képviselő aláírása